22

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904 — THÈSE — N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 4 novembre 1904, à 1 heure

Par René CHAPOY

Né à Besançon le 5 novembre 1878

TRAITEMENT

DES

FISTULES VÉSICO-VAGINALES

PAR LE PROCÉDÉ DE BRAQUEHAYE

Président : M. RECLUS, *professeur.*
Juges : MM. PINARD, *professeur.*
BROCA (Aug.), LEGUEU, *agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen ..... M. DEBOVE.

Professeurs ..... MM.

Anatomie	POIRIER.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	R. BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	LANDOUZY. HAYEM. DIEULAFOY DEBOVE.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TILLAUX. TERRIER. BERGER.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	PINARD. BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI
Cilnique chirurgicale infantile	KIRMISSON

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	DUPRÉ.	LEGRY.	PROUST.
BALTHAZARD.	DUVAL.	LEGUEU.	RÉNON.
BRANCA.	FAURE.	LEPAGE.	RICHAUD.
BRINDEAU.	GOSSET.	MACAIGNE.	RIEFFEL. *Chef des travaux anatomiques*
BEZANÇON.	GOUGET.	MAILLARD.	TEISSIER.
BROCA (ANDRÉ).	GUIART.	MARION.	THIROLOIX.
CARNOT.	JEANSELME.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
CUNÉO.	LABBÉ.	MÉRY.	WALLICH.
DEMELIN.	LANGLOIS.	MORESTIN.	
DESGREZ.	LAUNOIS.	POTOCKI.	

Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON ARRIÈRE-GRAND-PÈRE
HIPPOLYTE GUICHON

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE EDOUARD CHAPOY

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE FERNAND BOUZON

A MES GRANDS-PARENTS

A MA MÈRE

A MA SŒUR. — A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A Mme O. LAUDE. — A M. Alexandre LAUDE

A Mme Jules ROY.

A M. Jules ROY, Professeur à l'École Nationale des Chartes.

Au Docteur et à Mme Henri SICARD.

Au Docteur et à Mme Emmanuel BOUCHET.

A Léon GAUTHIER, Archiviste-paléographe aux Archives Nationales.

A Paul ROY, Externe des Hôpitaux de Paris.

A MON PÈRE

Le Docteur LÉON CHAPOY,

Professeur de Clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine de Besançon

MON PREMIER MAITRE.

A la mémoire de M. le Professeur COUTENOT.

M. le Docteur SAILLARD, Sénateur du Doubs.

A M. le Docteur ETIENNE DRUHEN,

Directeurs honoraires de l'Ecole de Médecine de Besançon.

A M. le Docteur MANDEREAU,

Professeur d'Anatomie à l'Ecole de Médecine de Besançon.

En souvenir de ses leçons magistrales. En reconnaissance du bienveillant intérêt qu'il m'a toujours manifesté et de l'estime dont il m'honore : modeste hommage de son ancien Prosecteur.

A MES AUTRES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX DE BESANÇON :

MM. les Professeurs BOLOT, GAUDERON, HEITZ, MAGNIN, MORIN, PRIEUR et ROLAND.

MM. les Docteurs BAIGUE, BAUDIN, GOUNAND, HYENNE et VAISSIER.

A la mémoire du Docteur HENRI BRUCHON.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

1901-1902.

A M. le Professeur agrégé J.-L. FAURE

1902-1903.

A M. le Professeur BUDIN

M. le Professeur agrégé DEMELIN

M. le Professeur agrégé RÉNON

M. le Professeur agrégé AUVRAY

1903-1904.

A M. le Professeur GUYON

M. le Professeur agrégé LEGUEU

A MM. les Docteurs Bouchacourt, Cathelin, Chavanne, Chéron, Couvelaire, Dubrisay, Herbet, Jeannin, Macé, Marcille, Pasteau, Perret, Planchon, Sauvage, et Schwab.

A M. le Docteur P. WIART,

Ancien Chef de Clinique chirurgicale à La Charité.

Le choix du sujet de cette thèse, basée sur un de ses beaux succès opératoires, lui prouve combien j'ai su apprécier son talent chirurgical. Le travail en a été facilité par ses précieux conseils : je lui exprime ma vive gratitude.

A la mémoire du Professeur TILLAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur RECLUS,

Membre de l'Académie de Médecine,
Chirurgien de l'hôpital Laënnec.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/thesepourledocto0000rene_i6a2

INTRODUCTION

De son insertion au col de l'utérus, après un court passage dans la cavité pelvienne, le Vagin descend à travers l'entonnoir formé par les muscles releveurs ; il fait ainsi la plus grande partie de son trajet, jusqu'à son extrémité inférieure, dans la région périnéale ; il y décrit une légère courbe dont la concavité regarde en avant et légèrement en haut, et se trouve situé entre deux réservoirs qui sont : en arrière, le Rectum ; en avant, la Vessie prolongée à sa partie inférieure par le canal de l'Urèthre.

C'est ce dernier rapport qui doit nous intéresser, et que nous tenons à rappeler au début de ce travail. Il montre, en effet, comment le Vagin peut être mis en communication avec le réservoir vésical par un orifice qui détournera chez lui le cours normal de l'urine, fistule urinaire vésicale du vagin, la seule variété de fistules urinaires dont nous nous occuperons ici. Et, de plus, il est absolument nécessaire de bien connaître la région intermédiaire au canal vaginal et à la Vessie pour saisir clairement le procédé thérapeutique que nous nous proposons de décrire dans la suite.

Admettant, avec la plupart des auteurs classiques, que la paroi antérieure du Vagin mesure en hauteur six centimètres, on peut la considérer comme formée de deux por-

tions distinctes et d'égale longueur, qui sont, en partant de l'orifice vulvaire :

1° *Une première portion, uréthrale*, représentant la moitié inférieure, soit trois centimètres, en rapport très intime avec le canal de l'Urèthre, dont elle est inséparable, surtout dans sa partie basse : par suite, en effet, de l'extrême densité du tissu cellulaire unissant, renforcé de faisceaux musculaires striés, les parois de l'un et de l'autre sont pour ainsi dire fusionnées et constituent une cloison impossible à dédoubler : la *cloison uréthro-vaginale*.

2° *Une seconde portion*, qui répond à la base de la vessie, au niveau de son col et du Trigone, dont les angles supérieurs voient déboucher les Uretères. (Région du triangle de Pawlick.)

Nous sommes arrivé, alors, sur cette région vésicale du vagin qui nous importe particulièrement. Et, si nous disions tout à l'heure : première zone, uréthrale, adhérente, hâtons-nous d'appeler cette deuxième *zone vésicale*, *zone décollable* : En effet, même dans sa partie tout inférieure, qui fait suite à la cloison uréthro-vaginale, l'union de la paroi du Vagin à celle de la Vessie, bien qu'assurée par un tissu conjonctif assez serré, bien que déterminant, aussi, une résistante cloison, la *cloison vésico-vaginale*, permet, malgré tout, le dédoublement de cette cloison par décollement des deux organes qui la constituent ; et, plus haut, aux abords de l'Utérus, dans la région justa-cervicale, cette dissection est encore facilitée par l'existence d'un tissu cellulaire excessivement lâche, où circulent de nombreuses veines et passent les deux Ure-

tères, qui descendent obliquement l'un vers l'autre, en contact intime avec la paroi antérieure du Vagin, jusqu'à ce qu'ils perforent la tunique musculaire de la Vessie pour aboutir enfin à leurs orifices respectifs quand ils ne sont plus distants que de deux à trois centimètres.

En résumé, cette zone décollable, haute de trois centimètres, épaisse de six à huit millimètres, est constituée par deux parois unies par une couche intermédiaire, donc, trois plans superposés qui sont, en allant d'avant en arrière :

a) *la paroi vésicale*, formée d'une muqueuse tapissant la surface interne de la cavité, et d'une musculature qui constitue la vraie paroi résistante de la Vessie ;

b) *une couche de tissu cellulaire* interposé, lâche, obéissant au scalpel;

c) *la paroi vaginale*, formée de tissus conjonctif et musculaire, que tapisse également à l'intérieur une muqueuse d'un millimètre d'épaisseur.

D'après ces dispositions anatomiques, étant donné le voisinage si proche de la Vessie et du Vagin, il leur est d'une extrême facilité de voir le mur mitoyen qui sépare ainsi leurs deux cavités, se rompre en un point par la formation d'un orifice artificiel (et c'est cet orifice que l'on a dénommé *fistule vésico-vaginale* ; qu'il se manifeste à la suite d'un accouchement laborieux ; qu'il se produise au cours d'une intervention obstétricale (fistules obstétricales), ou purement chirurgicale, et, en particulier, pendant une hystérectomie vaginale (fistules chirurgicales) ; qu'il ait son origine dans un violent traumatisme

(fistules traumatiques), ou qu'il soit la terminaison du processus ulcératif de certaines affections de la Vessie ou du Vagin. Bien souvent d'ailleurs, la chirurgie a profité de cette disposition naturelle pour aborder commodément la Vessie par le canal qui la côtoie et pénétrer dans sa cavité en rompant la digue qui leur est commune.

Les variétés de fistules sont si nombreuses que nous n'en finirions pas à entreprendre de les signaler toutes. Nous en simplifions donc la description en les ramenant à trois types : les unes, très petites, *fistulettes* à peine visibles, n'admettant qu'avec peine l'introduction d'un stylet ; les secondes, *fistules larges*, plus ou moins irrégulières, en forme de fentes ou d'orifices béants, de quelques millimètres à deux et trois centimètres de diamètre ; les troisièmes, plus *considérables* encore, destruction presque absolue de la cloison, constituant un véritable *cloaque uro-génital* (Deroubaix) (1).

Leur direction est communément transversale ou légèrement oblique, rarement verticale.

Il est rare qu'il existe plus d'une fistule. Et, s'il en est de multiples, on peut admettre qu'il s'agit d'une grande perte de substance cloisonnée par des brides cicatricielles.

Les bords en sont minces, souples, tantôt épais, indurés. A leur niveau se continuent les deux muqueuses avec un point de fusion très net : la vésicale, en général cachée, quelquefois vasculaire, bourgeonnante et même faisant

(1) Deroubaix, *Traité des fistules uro-génitales de la femme*, Bruxelles, 1870.

hernie au centre de l'orifice ; la vaginale, enroulée en dedans, en entropion comme disait Verneuil.

Le Vagin, surtout dans le cas de fistules de peu d'importance, peut rester souple, extensible, et ne pas manifester de grande irritation, malgré le contact incessant de l'urine (*fistules simples*) ; mais, souvent, il est adhérent, retenu aux parties fibreuses voisines et même aux os de l'arcade pubienne ; il peut être cloisonné par des brides, des rétrécissements cicatriciels, présenter un certain degré d'inflammation, et renfermer des calculs parfois volumineux, en général phosphatiques (*fistules compliquées*).

La Vessie diminue de capacité ; elle est souvent atteinte de cystite et, conséquemment, il peut se produire une pyélo-néphrite ascendante. L'Uretère peut être le siège de coudures avec dilatation et rétrécissement simultanés.

L'Urèthre, parfois compris dans la fistule, peut être dévié, rétréci, et même oblitéré (Duboué) (1).

Quant aux organes génitaux profonds (Utérus, Trompes et Ovaires), ils sont parfois le siège d'une inflammation par propagation à leur muqueuse (métrite ascendante et salpingo-ovarite).

On voit à quelles complications sont exposées les femmes atteintes de cette affection en apparence bénigne, pouvant ainsi compromettre gravement leur santé et même leur vie.

Heureusement ces accidents sont rares. Mais la fistule vésico-vaginale, par elle seule, n'en est pas moins extrê-

(1) Duboué, *Mémoires sur l'emploi d'un nouveau procédé autoplastique ou à lambeaux, dans l'opération de la fistule vésico-vaginale.* Soc. de Chir., 1865.

mement pénible à supporter, car l'écoulement constant de l'urine mouille sans cesse ces malades, et, indépendamment du prurit désagréable qu'elles éprouvent, l'odeur urineuse, dont elles sont imprégnées et qu'elles répandent autour d'elles, leur rend la vie humiliante, parfois intolérable, les livrant aux misères d'une véritable infirmité.

Aussi, quand elles ont recours à nos soins, leurs supplications témoignent-elles bien souvent d'un moral très affecté ; et l'on comprendra que les chirurgiens se soient ingéniés, de longue date, à chercher et enfin découvrir des procédés de restauration de la cloison vésico-vaginale dont l'intégrité est si désirable !

Bien des tentatives ont été faites, suivies d'échecs absolus ; beaucoup d'interventions ont été suivies de récidives multiples ! On cite le cas de Pozzi ayant opéré et guéri une malade qui avait déjà subi onze opérations (1). Routier rapporte que Verneuil fit, avec lui, pour une même fistule vésico-vaginale d'apparence assez simple, quinze tentatives opératoires sans le moindre succès, dans l'espace de quatre ans environ, et que lui-même finit par la guérir à la dix-septième intervention (2).

Il est vrai de dire d'ailleurs, avec M. le Professeur Berger, ce que nous écrivait aussi dernièrement M. Braquehaye, que : « les fistules vésico-génitales de la femme deviennent heureusement de plus en plus rares, grâce aux

(1) Martin Ch., *Etude sur le traitement opératoire des fistules vésico-vaginales et, en particulier, sur leur traitement par le procédé du dédoublement*. Thèse de Paris, G. Steinheil, 1897, 140 p.

(2) Routier, Communic. à la Soc. de Chir., 1897. *Bull. et Mém. N. S.*, XXIII, p. 190 et suiv.

progrès de l'instruction obstétricale des nouvelles générations médicales » (1) ; il est aussi exact de le dire pour ce qui est des progrès de la Gynécologie. Mais il n'en est pas moins vrai que bien des fistules opérées ne récidivent plus comme par le passé, en raison des perfectionnements apportés à leur occlusion, et que la recherche incessante des moyens de parfaite guérison doit toujours nous guider pour arriver au soulagement de tels maux.

C'est pourquoi nous avons trouvé intéressant d'entreprendre cette tâche et d'y contribuer, quoique très modestement, en insistant sur une méthode qui a déjà rendu et rendra certainement encore de grands services.

Auparavant, nous jetterons un coup d'œil en arrière pour constater une fois de plus les tâtonnements nécessaires au progrès et, sans insister sur les questions de détails, nous dirons quelques mots des procédés actuels qui peuvent être mis en parallèle avec celui que nous devons présenter et soutenir.

(1) Berger, Communic. à la Soc. de Chir., 1897. *Bull. et Mém. N. S.*, XXIII, p. 142-150.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE DU TRAITEMENT DES FISTULES VÉSICO-VAGINALES (1).

Ce n'est qu'au XVII[e] siècle que commence réellement l'histoire du traitement des fistules vésico-vaginales.

Cependant, elles avaient été observées et relatées dans le courant du XVI[e] siècle, et, déjà en 1570, Ambroise Paré proposa leur fermeture à l'aide d'un « retinaculum », ce qui était la première idée de la coaptation des bords de la fistule; à sa suite, Félix Plater (1597), Séverin Pineau, Fabrice de Hilden ne firent que les signaler.

— En 1660, van Roonhuyzen imagina l'avivement des bords de la fistule, suivi de la suture ; il communiqua son invention en 1663 (2), qui fut appliquée quelques années plus tard par le chirurgien wurtembergeois Christ Wœlter (1679).

Mais l'outillage instrumental était défectueux, aussi

(1) Rochard, *Hist. de la chirurgie française au XIX[e] siècle*, Paris, 1875. — Thèse de Martin, *loc. cit.* — Thèse de Defossez (P. L. M. J.), *Du traitement des fistules vésico-vaginales par la méthode du dédoublement*, Lille, imp. H. Morel, 1901, 8°, n° 44, 67 p., 5 fig.

(2) Van Roonhuyzen (H.), *Heelkonstige aanmerkingen bet reffend de gebreken der Wrouwen.* Amsterdam, 1663-1672 ; Nuremberg, 1674 (en allemand) et Londres 1776 (en anglais).

bien que les soins opératoires ; en un mot, le procédé venait avant son heure (1) : il ne subit que des échecs.

— Comme à toute déception succède une période de découragement, le XVIII[e] siècle ne tenta plus rien contre cette affection : Fatio, de Bâle, ayant entrepris à nouveau la même opération, et n'ayant pas eu plus de succès que ses devanciers, elle fut désormais regardée comme une infirmité incurable ; on se contenta de trouver des appareils destinés à éviter l'écoulement de l'urine par le vagin : en 1790, ce fut l'urinal, trou d'Enfer de J.-L. Petit (2) ; puis, la sonde à demeure, employée par Desault et Chopart, fut combinée au tamponnement permanent du vagin.

— C'est ainsi que nous arrivons au XIX[e] siècle, et nous assistons à une première période où, jusqu'en 1830, la chirurgie fait de nombreux essais : période de tâtonnements et d'incertitude. Après les cautérisations au fer rouge, pratiquées sans succès par Dupuytren, Delpech, Cloquet, Spranza ; après de nouvelles tentatives de suture par Nægelé, Lallemand, Deyber, Dugès, Lewziski, Malagodi et Roux, restées infructueuses ; ce furent encore des inventions d'appareils : Lallemand, de Montpellier (1824), imagina sa sonde érigne, sonde unissante, qu'il fixait sur la fistule après l'avoir avivée par cautérisation, combinant ainsi les deux méthodes ; Laugier (1829), Dupuytren, Récamier, l'érigne double vaginale.

Mais, ni les uns ni les autres ne furent récompensés de

(1) Defossez, *loc. cit.*

(2) Petit J.-L., *Traité des maladies chirurgicales*, etc. Paris, 1790, t. III, p. 87.

leurs efforts, ou, du moins, leurs soi-disant succès ont été fort contestés.

— A ce moment, l'application de l'autoplastie apparut aux chirurgiens comme une révélation! Déjà, en 1826, Jobert de Lamballe avait émis l'idée qu'on pourrait faire pour les fistules vésico-vaginales comme pour les plaies de l'intestin, fermées à l'aide d'un lambeau épiploïque. En 1832, Velpeau, oblitérant une fistule laryngienne au moyen d'un bouchon de tégument, avait pensé que ce procédé pouvait être applicable à beaucoup d'autres fistules. Et, en 1834, Jobert mettait ce projet à exécution, en pratiquant sa première *Elytroplastie*, obturant la fistule vaginale par un lambeau cutané pris à volonté sur les grandes lèvres, la cuisse ou la région fessière, suivant les principes de l'autoplastie par la méthode italienne.

Sa première opération du 2 juin 1834 ne réussit pas. Mais la seconde eut un succès complet en 36 jours.

La voie était ouverte : il y fut suivi par Velpeau, Leroy d'Etiolles, Roux et Gerdy, qui songèrent à prendre le lambeau sur la paroi postérieure du vagin.

C'est pendant ce temps, que Vidal de Cassis (1842) dans ce qu'il appelait l'*Episiorraphie* essayait un procédé plus radical : la fermeture de la vulve (1). Bérard (1845) l'imita, mais en fermant le vagin directement au-dessous de la fistule (2). En raison de complications rapides qui survin-

(1) Vidal de Cassis, Oblitération de l'orifice du vagin pour le traitement de la fistule vésico-vaginale. *Annales de la chir. franç. et étrang.*, 1844, p. 208.

(2) Bérard (A.), De l'oblitération du vagin appliquée au traitement de la fistule vésico-vaginale ; méthode de traitement par infibulation ou oblitération du vagin. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1845, t. X, p. 407.

rent par suite de cette nouvelle destination du vagin, tous deux durent bientôt abandonner leur idée.

— Alors Jobert, continuant toujours ses recherches, en arriva à exécuter, le 9 juin 1845, son nouveau procédé d'*autoplastie vaginale par locomotion* : la *cystoplastie vaginale par glissement*, où, profitant de la laxité du tissu cellulaire sous-vésical, il diminuait la tension des tissus, à l'aide d'incisions libératrices et de décollement (1). Il eut de beaux succès relatifs, et si ses imitateurs n'en eurent pas de satisfaction, ce fut faute de soins dans certains détails opératoires.

— Cependant, l'Amérique nous avait de beaucoup devancés. Déjà, en 1839, Hayward, de Boston, avait lancé le procédé *de l'avivement direct, suivi de suture* (2) (qui n'était, en somme, que la rénovation de l'ancienne opération de van Roonhuysen), encore appelé *procédé américain*, *méthode de Sims*, Marion Sims l'ayant en effet perfectionné et pratiqué avec de très nombreux succès (3). Et ce n'est qu'en 1858 qu'il fut importé chez nous par Bozeman de Montgomery, son élève, qui se concilia l'enthousiasme de Follin (4) et de Verneuil (5), en France ; pendant qu'à

(1) Jobert, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 16 mars 1847, t. XII, p. 492. *Traité de chirurgie plastique*, 1849, t. II.

(2) Hayward (G.), *American Journal of med. Sciences*, 1839, et *Boston medical and surgical Journal*, 1851, t. XLIV.

(3) Marion-Sims, *American Journal of med. Sciences*, 1852, janvier.

(4) Follin, Examen de quelques nouveaux procédés opératoires pour la guérison des fistules vésico-vaginales. *Archives générales de médecine*, 1860, 5e série, t. XV.

(5) Verneuil, Note sur deux fistules vésico-vaginales opérées et guéries par le procédé américain. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1860, t. XXXVI. — Nouvelles observations de fistules vésico-vaginales,

Londres et Edimbourg, Baker-Brown (1) et Simpson (2) se félicitaient de son emploi, et que, en Allemagne, il était employé par Hegar (3), Neugebauer (4) et Simon de Rostock (5), ce dernier le perfectionnant encore, tout en régénérant l'occlusion du vagin si imparfaite de Vidal de Cassis et Bérard, par la méthode du colpocléisis (1862) (6).

— Ce procédé de l'avivement, méthode tout américaine, jouissait donc d'une grande vogue lorsqu'un nouveau *procédé à lambeaux par dédoublement*, après avoir fait une timide apparition avec Gerdy (1841) (7) fut employé dans la suite par Dieffenbach en Allemagne, Collis de Dublin en Irlande, et Duboué, de Pau, en France, qui en posa mieux la réglementation (8).

Mais il fut bientôt délaissé, et il serait tombé dans l'ou-

suivies de remarques sur les procédés américains. *Archives générales de médecine*, 1862, 5e série, t. XIX. — Des fistules vésico-vaginales d'un abord difficile ; moyens propres à surmonter cette complication. *Bulletin de thérapeutique*, 1862, t. LXII. — *Mémoires de chirurgie*, etc.

(1) Baker-Brown, *Surgical diseases of women*, Londres, 1861.

(2) Simpson, *Clinical lectures on diseases of women*, 1863.

(3) Hegar et Kaltenbach, *Traité de Gynécologie opératoire* (trad. franç.). Paris, 1885, G. Steinheil, éditeur.

(4) Neugebauer (A.), *Centrabl. für Gynäk.*, 1883.

(5) Simon, *Ueber die Heilung der Blasenscheidenfisteln durch blutige Naht*. Rostock, 1862 et *Deutsche Klinik*, 1868, nos 45 et 46.

(6) Le procédé de l'avivement (de Sims) s'exécute en deux temps :

1° Un avivement circulaire au ciseau, allant, en profondeur, jusqu'à la couche musculo-vasculaire (Voir la description donnée par Churchill, *Traité des maladies des femmes*, 1874, 2e éd.) ;

2° Des sutures au fil d'argent n'intéressant pas la muqueuse vésicale. Bozeman faisait l'avivement au ciseau, ne respectant pas la muqueuse de la vessie ; et sa suture en boutons, à l'aide d'une plaque de plomb percée de trous.

(7) Gerdy, *Revue scientifique et industrielle*, 1841, V, p. 454.

(8) Duboué, *loc cit.*

bli s'il n'avait été repris en Allemagne par Von Herff (1), Sænger (2), Fritsch (3), Walcher (4), Mackenrodt (5) ; en Russie par Fenomenoff (6) ; en Italie par Ziemacki (1888-1896), et présenté avec avantage par MM. Ricard et Quénu au Congrès de Chirurgie de 1896... Dans la séance de la Société de Chirurgie de mars 1897, M. le Professeur Berger s'associa à eux pour prendre sa défense, et depuis, ils furent suivis par la grande majorité des chirurgiens (7).....

Jusqu'à ces dernières années (1899), on s'en tenait, en général, à l'une de ces deux dernières méthodes, usant parfois de la méthode américaine, mais surtout mettant à

(1) Von Herff, Zur Behandlung der Harnrohrenscheidenfisteln. *Der Frauenarzt*, 1887.

(2) Sænger, Einige geschichtliche und technische Bemerkungen zur Lappen perineorraphie. *Centralbl. für Gynäk.*, 1888, n° 47.

(3) Fritsch, Ueber plastische Operationen inder Scheide. *Centralbl. für Gynäk.*, 1888, n° 49.

(4) Walcher (G.), Die Auslosung der Narben als Methode der Plastik. *Centralbl. für Gynäk.*, 1889, n° 1.

(5) Mackenrodt, Die operative Behandlung grosser Blasenscheidenfisteln. *Centralbl. für Gynäk.*, 1894, p. 180.

(6) Fenomenoff, *Wratch*, 1896, n° 21.

(7) Le procédé du dédoublement comprend trois temps :

1° Incision sur les bords mêmes de la fistule, et séparation de la paroi vésicale et de la paroi vaginale par dissection du plan de clivage ;

2° Suture du lambeau vésical : Quénu la suture au catgut, en laissant toutefois ses fils sous-muqueux. (Ce temps est absent de la technique de Ricard qui laisse la cicatrisation de la vessie se faire spontanément, sous la protection de la suture vaginale) ;

3° Suture du lambeau vaginal, dans le même sens que la suture du plan profond ou « dans un sens réciproquement perpendiculaire, en ayant soin de solidariser les deux plans » (Legueu, *Sem. Gynéc.*, Paris, 1900, V, 266-267).

profit les avantages incontestables de la méthode française du dédoublement qui donnait des résultats si brillants qu'il suffit, pour s'en convaincre, de parcourir les thèses de Martin (1) et de Defossez (2), de jeter les yeux sur les statistiques de ses deux principaux défenseurs, Ricard et Quénu, et de se rappeler les nombreuses communications faites à la Société de Chirurgie.

Et si de nouvelles méthodes étaient employées, leurs modifications regardaient plutôt les voies d'abord de la fistule que le traitement local proprement dit : par exemple, le procédé de Trendelenburg (3) pour les fistules haut placées (voie sus-pubienne transvésicale), repris depuis par Baumm (4), Bardenhauer (5), Léopold, Mac Gill (6), Dittel (7) et en France, par Pousson (8), Duplay (9), Latouche, d'Autun (10), Michaux (11) qui proposa aussi la voie

(1) Martin, *loc. cit.*

(2) Defossez, *loc. cit.*

(3) Trendelenburg, Ueber Blasenscheidensfisseln Operationen. *Volkmann's Samml. klin. Vortr.*, 1890, n° 355.

(4) Baumm, Der operationen der Blasen — cervixifisteln von der Blasenhaus. *Archiv für Gyn.*, 1890, t. XXXIX, p. 493.

(5) Bardenhauer, *XX^e Congrès des chirurgiens allemands*, avril 1891, d'après le *Mercredi médical*, 1891.

(6) Mac Gill, An operation for vesico-vaginale fistula throught a supra-pubic oper. in the Bladder. *Lancet*, vol. II, 1890, p. 2.

(7) Dittel, Abdominale Blasenscheidenfisteln. operation. *Wien. klin. Woch.*, 1893, p. 449.

(8) Pousson, De la cystostomie préliminaire appliquée au traitement de certaines fistules vésico-vaginales et vésico-intestinales. Communic. au VIII^e Congrès de chirurgie, *Semaine médicale*, Paris, 10 octobre 1894. *Archives provinciales de chirurgie*. t. III, n° 12, 1^er décembre 1894.

(9) Duplay, Traitement de la fistule vésico-vaginale par la suture intra-vésicale. *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 19 novembre 1895, p. 585.

(10) Latouche, Communication inédite à la *Soc. de Chirurgie*, 1897.

(11) Michaux, *Traité de chir.* Duplay et Reclus, 2^e éd., 1897-99.

schio-rectale (1) pour des cas particuliers qui ne relèvent pas de règles absolues. — Nous ne citerons que pour mémoire les occlusions originales qui furent faites à l'aide des organes voisins du vagin : le corps même de l'utérus (Mackenrodt (2), procédé de Freund, 1895), le rectum (Backer-Brown), la paroi postérieure de la vessie en prolapsus (Lannelongue) ; enfin, l'incarcération du col de l'utérus dans la vessie, par Courty.

Aucun autre procédé par la voie vaginale, ayant pour objet spécial de se servir uniquement de la cloison perforée pour réparer la fistule, ne fut proposé depuis les deux méthodes américaine et française, si ce n'est celui que nous allons exposer :

Au XIII[e] Congrès français de Chirurgie (1899) (3), le D[r] J. Braquehaye, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux, chirurgien titulaire de l'hôpital civil français de Tunis, décrivait en effet « un procédé opératoire nouveau, qui tient à la fois de la méthode du dédoublement et de la méthode par avivement », que l'on peut donc considérer comme un procédé mixte. Il publia un mémoire l'année suivante (4), et, depuis, sous le nom de *Procédé de Braquehaye*, il fut l'objet de quelques publications (5) et de

(1) Michaux, *VI[e] Congrès de chirurgie*, 1892.

(2) Mackenrodt, Die poerative Behandlung grosser Blasenscheidenfisteln. *Centr. f. Gyn.*, 1894, p. 180.

(3) Braquehaye, *XIII[e] Congrès de Chirurgie*, 1899, 21 octobre. Séance du matin.

(4) Braquehaye, *Traitement de la fistule vésico-vaginale par un procédé nouveau*, Tunis. imp. gén. J. Picard et Cie, 1900, 8°, 33 p., 5 fig.

(5) Braquehaye, *Bull. hôp. civ. français de Tunis*, 1900, III, 44-61, 1 fig. *Bull. hôp. civ. français de Tunis*, 1900, III, 83-92, 1 fig. A propos du traitement des fistules vésico-vaginales. *Bull. et Mém. Soc. de*

nombreuses discussions à la Société de Chirurgie (1).

Nous devons dire, toutefois, que nous l'avons retrouvé déjà décrit à l'étranger depuis bientôt dix ans, et à deux reprises, en Amérique et en Angleterre ; de sorte que, si nous voulions lui donner le nom de sa triple paternité, nous devrions en toute justice l'appeler : « *Procédé de Fergusson-Bishop-Braquehaye* ».

En effet, au cours de nos recherches bibliographiques, nous avons découvert que le Dr Fergusson, professeur de chirurgie à l'Ecole de médecine et à l'hôpital de Chicago, avait eu, déjà en 1893, l'inspiration d'un procédé nouveau de cure des fistules vésico-vaginales, qu'il l'avait rapporté dans le *British medical Journal* en février 1894 et que, le mettant constamment en pratique, il en fit un second mémoire en avril 1895 dans l'*American Journal of Obstetrics*. Il dénomme le procédé français du dédoublement (de Duboué) « fente de lambeaux et sutures » ; et, par distinction, il appelle sa méthode : « formation de lambeaux et sutures ».

Les mêmes recherches bibliographiques nous ont fait arrêter également sur la description d'une nouvelle méthode opératoire par Stanmore Bishop, dans un article de la *Lancet* de Londres, 1897. Or, il se trouve que cette méthode, nouvelle pour l'Angleterre, n'est autre que

Chir., Paris, 31 octobre 1900, XXVI, 988-990. Méthode nouvelle de traitement des fistules vésico-vaginales haut situées. *Bull. hôp. civ. franç. de Tunis*, 1901, IV, 19-21.

Desguin (L.), Note sur un cas de fistule vésico-vaginale opérée par le procédé de M. J. Braquehaye (de Tunis). *Ann. Soc. méd. chir. d'Anvers*, 1903, VIII, 267-270.

(1) Richelot, *Bull. et mém. Soc. Chir.*, Paris, 1900, XXVI, 907-908. Reclus, *ibid.*, 15 juillet 1903, p. 793.

Hartmann, *ibid.*, 1903, n. s., XXIX, 907-911.

celle découverte ; plusieurs années auparavant, par Fergusson, en Amérique.

D'ailleurs, il est de toute justice de sauvegarder la bonne foi de Bishop. A la fin de sa publication, ne déclare-t-il pas bien franchement qu'il s'est trompé en croyant être l'inventeur de ce procédé : puisque, depuis, il a eu connaissance de la découverte préalable de Fergusson à qui il en reconnaît la paternité absolue.

Et nous croyons aussi que M. Braquehaye, en lisant ces lignes, sera non moins surpris d'apprendre qu'il a suivi, sans s'en douter, la même route que ses confrères étrangers.

Pour faciliter la comparaison entre leurs trois méthodes, nous en reproduirons les descriptions respectives *in extenso*. Et l'on verra, par leur rapprochement, que les trois procédés de Fergusson (1895), Bishop (1897), Braquehaye (1899), s'ils diffèrent par quelques détails de pratique peu importants, n'en sont pas moins partis d'un même principe, et appuyés sur la même base, se sont élevés parallèlement.

C'est pourquoi, malgré la coutume actuelle, qui prend plaisir à donner aux procédés le nom de leurs auteurs, nous préférons, pour éviter la dénomination compliquée à laquelle nous serions contraint, et aussi pour ménager les susceptibilités respectives des trois chirurgiens qui, tous trois et de bonne foi, l'ont cru sortir de toutes pièces de leur imagination, donner à cette méthode un nom qui ne parlera que mieux à l'esprit parce qu'il fait image, celui de : « *Procédé à collerette vaginale* ».

CHAPITRE II

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

§ 1.— Description de Braquehaye.

« **Traitement pré-opératoire.**— Nous n'insisterons pas sur le traitement préopératoire. Il n'offre rien de spécial.

« Existe-t-il des brides cicatricielles du côté du vagin ?

« On rétablira le calibre de ce conduit soit avec la série des boules ovoïdes en gomme durcies de Bozeman, soit en faisant, comme Simon, une dilatation extemporanée grâce à des incisions libératrices des brides avec le bistouri, précédant l'introduction de spéculums de différentes grosseurs ou encore en pratiquant les débridements profonds préconisés par Chaput (1).

(1) Voici le manuel opératoire que donne Chaput :

« A égale distance entre la vulve et l'ischion, ponctionnez la peau avec un grand couteau à amputation. Poussez la pointe en haut vers le vagin et faites-la ressortir un peu au-dessous du col utérin ; coupez ensuite toutes les parties molles situées entre le couteau et le vagin, y compris ce dernier conduit.....

« La vulve se trouve considérablement agrandie par le débridement. Telle vulve qui ne mesurait que 4 centimètres dans le sens vertical, acquerra des dimensions doubles (8 cent.) après le débridement.

« Si ces résultats ne sont pas encore suffisants, on pourra, par un second débridement fait du côté opposé, obtenir une vulve qui mesure 12 centimètres dans le sens vertical.

« Après l'acte opératoire, rien de plus simple que de suturer ce dé-

« Dans un cas de ce genre, nous nous sommes servi de la dilatation par les tiges de laminaires. Nous en avons placé pendant vingt-quatre heures au niveau de la stricture.

« De même, avant l'opération, on fera disparaître toutes les causes d'infection : érythème et excoriation des parties par le contact de l'urine, cystite, etc.

« S'il existe un obstacle au libre cours des urines, on le traitera avant toute intervention, sous peine de compromettre le résultat de l'opération.

« Lorsque la fistule n'est pas située trop profondément, on placera la malade dans le décubitus dorsal ; dans le cas contraire, on se trouvera bien du décubitus latéral (position de Sims) ou de la position génu-pectorale.

« Nous nous sommes toujours servi de l'anesthésie par le chloroforme. Cependant, si le cas est peu complexe, on pourra, comme l'a fait Pozzi, opérer avec la cocaïne, ou mieux encore avec la solution de nirvanine à 5 0/0 qui offre bien moins de danger, tout en donnant une insensibilité au moins aussi complète. De plus, la nirvanine est stérilisable sans perdre ses propriétés analgésiques ; elle est même antiseptique. Nous l'employons journellement avec succès dans notre service hospitalier (1).

« L'instrumentation est assez simple. Nous avons fait

bridement. » (Chaput, *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 15 juin 1898.)

(1) J. Braquehaye, De la nirvanine en chirurgie. *Bulletin de l'Hôpital civil français de Tunis*, 25 juin 1899. — « Dans ce travail nous proposions la solution à 2 0/0. Depuis, nous nous sommes surtout servi de la solution à 5 0/0 qui donne une anesthésie plus rapide. Ce corps est si peu toxique (on injecte jusqu'à 75 centigr. de nirvanine sans accident) que le degré de concentration importe peu. »

usage de deux écarteurs vaginaux ordinaires, d'un bistouri à long manche, d'une longue pince à griffes et d'une paire de ciseaux courbes. Nous n'avons pas eu besoin de recourir aux autres instruments qui se trouvent habituellement dans les boîtes destinées à l'opération de la fistule vésico-vaginale.

« Pour fixer la cloison et disséquer plus facilement la collerette formée par la muqueuse vésico-vaginale, il serait, à notre avis, utile d'employer le moyen suivant proposé par Pousson (de Bordeaux) (1) : « L'existence de la fistule mettant en communication la vessie et le vagin n'est peut-être pas un obstacle insurmontable à la distension du réservoir. On pourrait, en effet, en introduisant par l'urèthre dans la vessie un ballon en caoutchouc à parois minces, le gonfler en insufflant de l'air ou en injectant de l'eau dans sa cavité et distendre ainsi la vessie, comme on distend le rectum dans l'opération de Petersen. »

« Voici les principaux temps opératoires de notre méthode :

« 1er Temps.— *Incision.*— La fistule étant reconnue et bien éclairée, on fait, autour d'elle, une incision circulaire, ou plutôt elliptique, ne comprenant que l'épaisseur de la muqueuse vaginale. Le tracé ne passera qu'à 7 millimètres au-dessus de la fistule, tandis qu'au-dessous il ira jusqu'à 12 millimètres. Nous venons plus loin dans quel but (fig. 1).

(1) Pousson, De la cystostomie préliminaire appliquée au traitement de certaines fistules vésico-génitales et vésico-intestinales. In *Affections chirurgicales des organes génito-urinaires. Clinique et Thérapeutique*, in-8°. Paris, 1897.

« Il importe que l'incision ne passe pas à la même hauteur en haut et en bas. Si nous indiquons comme plus court le rayon supérieur, c'est que la dissection est d'autant plus difficile à faire qu'elle est plus haute. A la partie inférieure, l'incision peut passer aussi bas qu'on voudra : plus elle est basse, plus elle est sous l'œil de l'opérateur.

Fig. 1. — Fistule vésico-vaginale (F) cernée par une incision circulaire excentrique (I) (Braquehaye).

« 2e Temps.— *Dédoublement de la muqueuse vaginale.* — Dans le premier temps, on a isolé un îlot de muqueuse vaginale. Cette muqueuse, dans le second temps, sera disséquée, — aux ciseaux ou au bistouri, — en allant de la ligne d'incision vers l'orifice de la fistule, c'est-à-dire de la périphérie vers le centre. La dissection de la muqueuse vaginale s'arrête à 2 ou 3 millimètres de la fistule. On isole ainsi une collerette de muqueuse vaginale adhérente à l'orifice fistuleux par un pédicule circulaire.

« Ce temps se fait assez facilement. La dissection, en effet,est amorcée loin de la fistule,donc en un point où les

tissus sont sains et où il existe une couche celluleuse qui sépare le plan vaginal du plan vésical. C'est au voisinage de la fistule que ces deux plans adhèrent et sont d'une dissection difficile : or c'est justement le point où nous arrêtons le dédoublement.

« 3e Temps.— *Suture de la collerette.*— La collerette ainsi isolée est relevée vers la ligne médiane de manière que la face muqueuse regarde la cavité vésicale et la face cruentée la cavité vaginale. Les bords de la collerette doi-

Fig. 2. — Dissection de la collerette vaginale vue sur une coupe antéro-postérieure (d'après Braquehaye).

vent venir au contact sans produire aucun tiraillement ; ils seront larges et flottants. On les suturera alors en affrontant non seulement leur tranche, mais encore en empiétant largement sur la surface cruentée, afin d'avoir un large adossement en surface. En aucun cas, l'aiguille ne

traversera la surface muqueuse. Un fil ainsi placé drainerait l'urine et compromettrait le résultat final.

« Ce plan de suture sera fait au catgut, c'est-à-dire avec un corps résorbable. Il devra être assez fin pour permettre de se servir d'une très petite aiguille de Reverdin, ou mieux encore d'une aiguille courbe ordinaire très fine (aiguille de Hagedorn, aiguille à chas ouvert, etc.).

« Dans les cas où nous avons appliqué notre procédé, nous nous sommes servi de la suture dite en surjet et nous avons suturé ce plan parallèlement au plan de suture superficiel dont nous parlerons plus loin. Mais, nous reconnaissons volontiers qu'on pourrait suturer les deux plans perpendiculairement l'un à l'autre ou même, mieux encore, suturer en bourse la collerette de muqueuse.

« *Ces trois premiers temps forment la première partie de l'opération ; ils correspondent à un dédoublement fait à l'envers.*

« 4e Temps.— *Suture de la surface avivée.*— La collerette étant relevée et suturée, il reste, en dehors d'elle, une large surface avivée. On en réunira les bords comme dans les procédés classiques par avivement. L'aiguille pénétrera inférieurement en dehors des bords de la plaie sur la muqueuse vaginale ; elle cheminera en plein tissu, au-dessous de la surface cruentée, aussi loin que possible, presque jusqu'à la base de la collerette suturée dans le 3e temps ; l'aiguille ressort alors, passe armée du fil au-dessus de la dite collerette, et, au-dessous d'elle, pénètre de nouveau près de la base de celle-ci dans l'épaisseur des tissus cruentés, pour ressortir au-dessous du bord supérieur de la tranche vaginale (fig. 3). On place ainsi de 3 à

7 points profonds ; on les serre, en veillant à obtenir un affrontement bien exact de la tranche vaginale.

« Si les sutures sont faites avec l'aiguille de Reverdin, il est nécessaire de passer le fil en deux fois, pour lui faire suivre le trajet que nous venons d'indiquer.

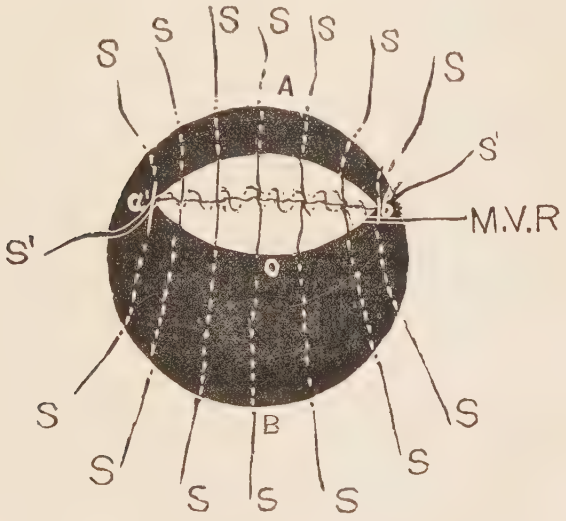

Fig. 3. — M. V. R. Muqueuse vaginale disséquée, repliée sur elle-même et suturée. La partie visible correspond à la face cruentée ; la face muqueuse est retournée vers la vessie. — S. Points de sutures du plan superficiel, destinées à rapprocher les bords avivés du vagin. — S'. Surjet du plan profond, c'est-à-dire de la collerette vaginale M. V. R. La partie teintée correspond à la surface vaginale disséquée et avivée après retournement de la collerette (Braquehaye).

« Quelques sutures tout à fait superficielles, entre les points précédents, rendront l'adossement encore plus parfait. On se servira ici, non plus de catgut, comme dans le troisième temps, mais d'un fil non résorbable : soie, crin de Florence, fil d'argent, au gré du chirurgien. Nous

avons employé, chez nos malades, le fil d'argent pour les sutures faites les premières (les plus profondes) et nous avons fait au crin de Florence les derniers points destinés à affronter la tranche vaginale seule.

« *Ce temps opératoire forme à lui seul la deuxième partie de l'opération ; c'est une véritable suture après avivement, comme dans le procédé classique.*

« Sur une coupe (fig. 2) on se rend compte qu'au moment où l'on serre les fils superficiels, on enfouit profondément la collerette isolée et suturée dans les trois premiers temps de l'opération. L'occlusion sera donc faite par un double plan de tissus ; elle sera même d'autant plus étanche que les deux plans de sutures ne se correspondent pas.

« Nous avons dit, en effet, que l'incision faite au premier temps passait en haut plus près de la fistule qu'en bas. Or, lorsqu'on suturera la collerette, celle-ci étant flottante et peu tendue, la ligne d'affrontement correspondra à la fistule (fig. 3 — a'b'), mais lorsqu'on fera les sutures du plan superficiel, les deux points A et B devant devenir au contact se réuniront en un point O situé à égale distance de A et de B. Or ce point ne correspond pas à la fistule ou du moins à la ligne de sutures profondes a'b'.

« Ce n'est pas là un simple raisonnement mathématique, mais un fait des plus nets que nous avons constaté chaque fois que nous avons employé notre méthode. Ce manque de correspondance dans les deux lignes d'affrontement existerait aussi si la collerette muqueuse était suturée en bourse.

« On pourrait encore, ainsi que nous l'avons déjà dit, suturer le plan profond et le plan superficiel perpendiculairement l'un à l'autre. Dans ce cas, il n'y aurait qu'au point d'intersection des deux lignes que les parties suturées se correspondraient.

« On le voit, quelle que soit la variante employée, par cette méthode on réunit toutes les conditions voulues pour obtenir une suture parfaitement étanche, et par suite une réunion complète en une seule intervention.

« **Traitement post-opératoire.** — Les soins consécutifs à l'opération n'offrent, par cette méthode, rien de spécial. Les fils d'argent ou les crins de Florence du plan superficiel de suture, qui auront été laissés longs, seront entourés d'une mèche de gaze stérilisée sur laquelle on aura versé de l'éther iodoformé fraîchement préparé, afin d'être sûr d'avoir un pansement propre. Cette mèche entourera complètement les fils, de façon à éviter leur contact avec les parois vaginales qui s'ulcéreraient après quelques jours. Dans le vagin, nous mettons un second tampon de gaze iodoformée préparée de la même façon : elle est destinée à protéger contre l'infection la mèche qui entoure les fils et qui n'est enlevée qu'après la première semaine, au moment où l'on coupe les fils. Enfin, une compresse de gaze iodoformée est maintenue à la vulve ; ce dernier pansement est renouvelé d'abord chaque fois qu'on change la sonde, et plus tard, à chaque cathétérisme.

« Nous nous sommes servi de la sonde de Sims, munie d'un tube de caoutchouc formant siphon et trempant à son extrémité dans un urinal à moitié rempli d'eau boriquée

ou d'une solution faible de sublimé. Nous avons laissé la sonde à demeure pendant plus d'une semaine sans jamais observer le moindre signe d'intolérance. C'est que nous avons nettoyé fréquemment l'instrument à partir du troisième jour, sans nous servir d'antiseptiques, mais simplement d'eau bouillie. La sonde étant propre, nous la flambions soigneusement avant de la remettre en place, aussitôt qu'elle était refroidie. Nous ne prétendons pas cependant qu'il soit nécessaire de maintenir pendant aussi longtemps le drainage vésical. Nous sommes au contraire convaincu qu'on pourrait, avec notre méthode, laisser la malade uriner seule dès le deuxième ou le troisième jour. Ainsi qu'on verra dans notre observation (Obs. I) chez une de nos opérées, la sonde est tombée pendant la nuit du deuxième au troisième jour. Cependant pas une goutte d'urine ne suinta sur le pansement, bien que, le lendemain matin, nous ayons retiré, par le cathétérisme, plus de deux verres d'urine. C'est que, par ce procédé, s'il survient dans la vessie une pression notable, par suite de l'accumulation de l'urine, elle ne tendra pas à écarter les bords de la plaie par une pression excentrique, comme dans le procédé classique par avivement. Au contraire, les lèvres de la collerette formeront soupape et tendront à s'accoler l'une à l'autre, d'une façon d'autant plus énergique que la pression intra-vésicale sera plus grande.

« C'est une fermeture analogue à celle de la presse hydraulique.

« Peut-être serait-il bon d'essayer de placer les malades, après l'opération, dans le décubitus ventral. M. Vitrac, élève du professeur Lannelongue (de Bordeaux), a re-

commandé cette position à la suite des opérations de fistule vésico-vaginale. On supprime ainsi le contact de la plaie avec les urines, contact qui peut amener la désunion, lorsque celles-ci sont infectées.

« Dans cette position (décubitus ventral), en effet, dit « M. Vitrac (1), le plan déclive de la vessie devient celui « de la face antérieure qui, pour les vessies extensibles, « fait réservoir au-dessus du pubis ; la paroi fistulée n'est « pas en contact aussi intime avec l'urine, ou, du moins, « ce liquide n'arrive plus à s'accumuler à son niveau et à « presser ainsi sur la plaie opératoire. Nous avons fait, « depuis plusieurs mois, de nombreuses expériences pour « démontrer cette proposition. Une solution colorée était « poussée par l'un des uretères dans la vessie préalablement fistulisée et munie d'une sonde uréthrale. Or, en « décubitus dorsal, tout le liquide file par la fistule ; dans « le décubitus ventral, au contraire, le liquide sort par la « sonde et non par la fistule : vient-on à boucher la sonde « uréthrale, celle-ci ne laisse passer le liquide que lorsqu'il a déjà en partie distendu la vessie. La face antérieure forme ainsi un réservoir de 30, 70, 135, etc. centimètres cubes, selon le cas. Le décubitus latéral, essayé « dans les mêmes conditions, ne donne qu'une capacité « de 10, 25, 45, etc. centimètres cubes. »

« D'ailleurs, cette position suffit à elle seule à produire, sans opération, la guérison de la fistule vésico-vaginale, si l'on en croit Jowers (2).

(1) Vitrac (Junior), Le décubitus ventral permanent dans le traitement des fistules vésico-vaginales. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 14 décembre 1899.

(2) « Le Dr Jowers (de Brighton) a guéri, en six semaines, sans opé-

« Nous avons enlevé les fils du 8e au 10e jour. Il nous semble prématuré de les enlever avant, sous prétexte que les fils coupent. Si l'opération a été faite aseptiquement, les tissus ne sont jamais entamés : leur section indique l'infection et non la durée de séjour des fils. Il nous paraît plus important de recommander de sectionner le fil d'argent (si l'on a donné la préférence à ce genre de suture) au-dessous de sa partie recourbée, afin d'éviter qu'il reste un crochet, qui harponne les tissus, quand il les traverse, et qui peut déchirer et compromettre la réunion. » (1)

§ 2. — Description de Fergusson.

« L'orifice de la fistule étant exposé, on fait une incision, avec un scalpel, à travers la muqueuse du vagin, à

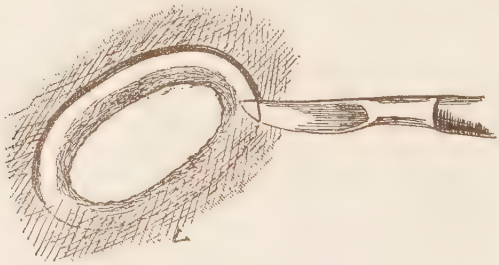

Fig. 4. — Premier temps. — Incision (Fergusson.

une distance d'un huitième à un quart de pouce du bord de la fistule (fig. 4). Cette incision est prolongée jusqu'à ce

ration, une malade fistulée à laquelle il avait imposé le décubitus ventral et la sonde à demeure. La fistule, consécutive à un accouchement, laissait passer l'index. » *The Lancet*, 1898.

(1) J. Braquehaye, *Traitement de la fistule vésico-vaginale*, etc. Tunis, Imp. gén., etc., 1900, in-8°, 33 p., 5 fig.

qu'elle ait complètement fait le tour de l'orifice. La ligne d'incision est soigneusement approfondie, non pas obliquement, mais directement, jusqu'à ce qu'on rencontre la paroi de la vessie, dont on veillera, avec le plus grand soin, à assurer l'intégrité. — Un courant d'eau stérilisée dirigé sur la plaie la débarrasse du sang.

« De cette manière, on obtient un lambeau circonférentiel, ayant comme charnière le point correspondant à la muqueuse de la vessie.

Fig. 5. — Deuxième temps. — Retournement du lambeau dans la vessie (Fergusson).

« Le lambeau est retourné dans la vessie, devenant ainsi le toit d'une large surface saignante mise à nu, et il est maintenu dans cette position par une suture continue, au fin catgut chromique, passée de telle manière que les points ne perforent pas la muqueuse vésicale, ou mieux, avec plusieurs de mes sutures d'inversion (fig. 5).

« L'étroite bande de muqueuse vaginale qui, en raison de sa résistance, garde bien une suture, devient partie de la paroi de la vessie, et ne cause aucun trouble dans sa nouvelle position.

« L'ouverture artificielle est maintenant fermée d'une façon imperméable, et, alors, pour compléter l'opération, il suffit de passer et de nouer des crins de Florence ou des fils d'argent sur la fistule vaginale, comme à l'ordinaire (fig. 3).

« Cependant, on doit veiller avec grand soin à ce que ces sutures ne comprennent pas la muqueuse vésicale.

« Le vagin est alors soigneusement tamponné ; avec de la gaze iodoformée qu'on laisse *in situ* six ou huit jours.

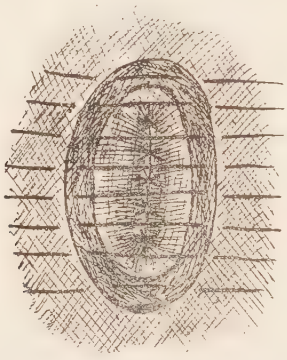

Fig. 6. — Troisième temps. — Suture de la plaie vaginale par-dessus le lambeau suturé (Fergusson).

Elle est alors enlevée. Le vagin est entièrement irrigué, chaque suture coupée retirée, et le tamponnement renouvelé. Ce lavage et ce pansement sont répétés tous les cinq ou six jours, pendant trois semaines.

« A mon avis, toutes les sutures ne peuvent pas être enlevées le huitième ou le neuvième jour, comme le recommandent de si nombreux chirurgiens : aussi longtemps qu'un fil n'est pas aisément remué dans son lit, il est préférable de le laisser jusqu'à ce qu'il se soit formé

du tissu fibreux, ce qui s'obtient en général en trois semaines. » (1)

§ 3. — Description de Bishop.

« J'ai imaginé, dit-il, et pratiqué avec un succès immédiat l'opération suivante : les schémas ci-joints éclaireront les étapes de l'opération et mon plan presque sans description (2) :

« Dans la figure 7, on peut voir qu'une incision circulaire a été faite autour de la fistule, sur la muqueuse et les tissus sous-jacents, si bien qu'un lambeau d'une seule pièce, et d'épaisseur suffisante, puisse être soulevé jusqu'aux environs, mais non jusqu'au niveau de l'angle du bord de la fistule. La largeur de ce lambeau doit être appréciée par le chirurgien, dans chaque cas particulier. Il doit être cependant assez large pour que, lorsqu'il a été amené dans la direction que nous indiquerons tout à l'heure, il puisse non seulement obturer très aisément l'orifice, mais pénétrer dans la cavité vésicale sur une largeur d'un tiers ou d'un quart de pouce.

« En quatre points équidistants de ce « jabot », on passe quatre longs fils doubles qu'il ne faut pas nouer, de façon à pouvoir les enlever facilement. Chaque paire de fils est nouée à son extrémité en dehors du vagin.

(1) Fergusson, *American Journal of Obstetrics*, avril 1895.

(2) Nous avons modifié légèrement les schémas de Bishop, ainsi, d'ailleurs, que celui de Braquehaye, fig. 3 (notre fig. 2), de façon à pouvoir les superposer plus aisément.

« Naturellement, sur une section, on ne peut voir que deux ou trois de ces fils.

« Quand cela est fait, une pince courbe est passée au travers de l'urèthre, jusqu'à ce que son bec apparaisse dans le centre du jabot. Les quatre paires de fils sont saisies en même temps, et leurs extrémités nouées placées ensemble entre les mors de la pince.

Fig. 7. — Premier temps. — Les fils-guides sont placés : une pince est introduite par l'urèthre dans la vessie (d'après Bishop).

« Lorsque celle-ci est retirée, fermée, elle entraîne les nœuds au travers de la fistule, au travers de la vessie et au travers de l'urèthre. Une légère traction sur eux (fig. 7) invaginera la collerette dans la vessie, de sorte que la muqueuse regardera la vessie, tandis que les surfaces conjonctives se regarderont l'une l'autre, et se placeront au

niveau de la paroi vésicale, alors que les lèvres internes se projetteront comme un entonnoir dans la cavité vésicale.

« Pendant que la traction sur les fils est maintenue très légèrement mais fermement, et pendant que le jabot est inversé, une fine suture à la soie est faite tout autour, exactement au niveau de sa base : la suture passe au travers

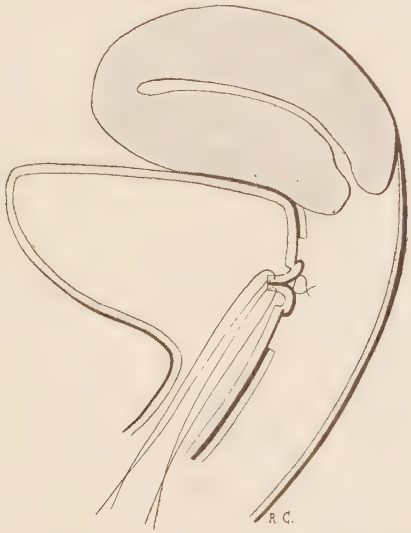

Fig. 8. — Deuxième temps. — Les fils-guides sont retirés par l'urèthre, attirant dans la vessie le jabot inverse (d'après Bishop).

du tissu conjonctif, mais elle évite soigneusement la muqueuse. Cette suture agit à la manière d'un cordon de bourse qu'on serre, aussitôt l'inversion faite. Elle réunit les surfaces cruentées qui, avant l'opération, étaient la surface externe du lambeau et en sont alors devenues la surface interne, fermant ainsi la partie supérieure de la collerette.

« Lorsque cette suture est serrée, ses extrémités sont coupées court, et la suture entière est enfoncée par une invagination plus considérable produite par une nouvelle traction sur les fils guides.

« Aussitôt que l'inversion a été amenée au point que les surfaces du lambeau soient en contact sur le même plan que la paroi de la vessie, une autre suture circulaire est faite de la même façon, serrée et coupée.

« (Dans les petites fistules, une suture unique peut être suffisante.)

« Les fils guides sont ensuite coupés et retirés par l'urèthre, laissant la base de la vessie reformée.

. . . . . .

« Si la plaie vaginale est assez petite pour être réunie sans tiraillement, on la suture avec des crins de Florence, dont les extrémités sont laissées assez longues pour permettre leur ablation.

« Si, au contraire, il y a quelque tiraillement, il est préférable, je pense, de recourir à une greffe de Tiersch, prise sur une partie non poilue. Pansement iodoformé.

« La malade est couchée sur la face pendant dix jours, et le cathétérisme employé toutes les deux heures, pendant les trois ou quatre premiers jours. » (1)

§ 4. — Comparaison des Procédés de Braquehaye, Fergusson et Bishop.

Nous voyons donc que les deux procédés de Fergusson

(1) Bishop (In *Lancet*, London, 1897,I,1675-1678, *Vesico vaginal fistula ; with a description of a new method of operation*).

et de Bishop, à part quelques particularités, sont pour ainsi dire calqués l'un sur l'autre, en ce qui concerne les points essentiels : même incision circulaire autour de la fistule, même dissection d'un lambeau circulaire à la périphérie de cet orifice, jusqu'à peu de distance de ses bords ; même retournement de cette fraise vaginale, de façon à obturer la fenêtre artificielle de la vessie ; enfin mêmes précautions, en ce qui concerne le respect de la muqueuse vésicale, et suture à double étage par le fait de la réunion de la plaie vaginale qui termine l'opération.

Le simple point de détail sur lequel ils diffèrent est dû à l'importance attribuée par Bishop à l'invagination aussi parfaite que possible du lambeau vaginal dans la vessie : Fergusson, lui, semble se contenter d'une largeur de lambeau juste suffisante pour pouvoir, avec une légère inversion de la ligne de suture, se mettre au même niveau que le plan de la paroi vésicale ; tandis que Bishop s'efforce d'en faire une sorte de « houppe » saillante dans la cavité de la vessie ; il prétend, en effet, que la surface d'union étant ainsi beaucoup plus considérable, les risques d'écartement immédiat ou secondaire sont beaucoup diminués, et que, d'autre part, l'urine qui s'écoule des uretères contournant cette partie saillante, n'expose plus à l'infiltration pendant le temps de la réunion (1).

Nous constatons aussi du même coup que la méthode proposée par Braquehaye se trouve basée sur les mêmes

(1) Fergusson, opérant les fistules recto-vaginales, emploie un procédé qui ressemble fort à celui de Bishop pour les fistules vésico-vaginales : il fait passer aussi des pinces à clamp dans le rectum pour y attirer la collerette vaginale et en cautériser la surface (*loc. cit.*, p. 566).

principes et obéit, dans ses grandes lignes, à la même idée, directrice de ce diaphragme qui, taillé sur le vagin aux dépens de la muqueuse de sa paroi antérieure, vient se replier et s'accoler à lui-même sur la communication qui donnait accès dans la vessie, pour en condamner définitivement le passage.

Et si sa méthode, comme celle de Fergusson, ne comprend pas le temps si important chez Bishop de la traction de cette collerette vaginale par une pince et des fils passés dans le canal de l'urèthre, elle coïncide sur tous les autres points avec les méthodes de ses devanciers, surtout avec celle de Fergusson, n'y ajoutant qu'une modification dans le premier temps, en ce qui concerne l'excentricité de son incision.

§ 5. — Remarques.

Après ces règles particulières données par nos trois auteurs, nous nous permettrons de faire remarquer qu'elles peuvent être complétées par des règles plus générales que l'on a coutume d'observer dans tout traitement des fistules vésico-vaginales, quel qu'il soit :

Il est d'abord de première nécessité de bien choisir le moment propice à de semblables interventions : autant que possible, il faudra opérer dans les jours qui suivront immédiatement les règles. Et si l'on peut, évidemment, opérer de suite sans inconvénients les fistules de petit calibre, ou celles pratiquées au cours d'une intervention, il faut d'une façon générale, que la voie soit bien préparée, en vue d'éviter les infections consécutives, qui guettent les

tissus dénudés pour les arrêter dans leur voie de cicatrisation. C'est ainsi que, pour les fistules d'origine obstétricale, il sera très utile d'attendre que les lochies soient taries, que les eschares soient éliminées, et que les tissus soient devenus moins friables (Richelot) (1). Hegar et Kaltenbach (2) recommandent de ne pas opérer avant la sixième ou la huitième semaine après l'accouchement ; Nélaton, Verneuil et Sims reportent même cette date d'élection jusqu'au huitième mois.

Afin de mettre la malade dans les meilleures conditions pour la suite, il est de toute évidence, qu'à part les manœuvres préopératoires, ce « prologue » si nécessaire qui consiste à « s'ouvrir un accès plus large vers la perte de substance que l'on se propose de combler, à faire disparaître la tension des bords de la fistule, la traction exercée sur eux et sur les brides cicatricielles » (Berger) (3), que ce soit par l'usage des boules de Bozeman, des tiges de laminaires ou l'application d'un ballon dilatateur, la veille de l'opération (Defossez) (4), il sera très important aussi de faire, au préalable, un examen approfondi de l'appareil urinaire dont l'état maladif peut compromettre le succès ; car le mauvais fonctionnement des reins et de la vessie pourrait à lui seul expliquer ces formations calculeuses, que Berger, par exemple, a vu se produire autour de la collerette muqueuse qu'il avait refoulée après dissection dans

(1) Richelot, *Chirurgie de l'utérus, de la vulve et du vagin*, 1902, p. 508-510.

(2) Hegar et Kaltenbach, *loc. cit.*

(3) Berger, *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 1897. N. S., XXIII, 142-150.

(4) Defossez, *loc. cit.*

la vessie (sous-procédé du dédoublement qui lui avait donné pourtant un beau résultat antérieur et qu'il accuse, dans le cas actuel, de son échec). Et, alors, il faudrait, avec le traitement externe, combiner le traitement interne approprié, par l'emploi des antiseptiques spécifiques : salol et benzoate de soude.

A la veille de l'opération, on prendra les précautions opératoires d'usage : on assurera la liberté du ventre en prescrivant une purgation et un grand lavement, suivis de l'absorption d'une pilule de deux centigrammes d'extrait thébaïque. On donnera un grand bain, des injections vaginales antiseptiques répétées au permanganate au 1/4000e ou au nitrate d'argent au 1/1000e, comme pour toutes les autres interventions dans les voies génitales.

Au moment où l'opérateur procédera à ses préparatifs personnels, un aide procédera de son côté à la toilette de la région opératoire.

Pour ce qui est de la position de la malade pendant l'opération, nous ne ferons que répéter ce qui a déjà été dit dans tous les traités de gynécologie, c'est que, devant donner le plus de jour possible, elle doit cependant permettre un accès facile de la fistule.

Or, ici, nous opérons sur la paroi antérieure du vagin. Il est évident que la position génu-pectorale de Bozeman remplit bien ces deux conditions ; mais elle fatigue beaucoup et n'est possible, d'ailleurs, que si la malade consent à n'être pas endormie. La position de Sims, pour être plus commode à garder, donne moins de lumière. Aussi, croyons-nous que le décubitus dorsal, ou mieux la posi-

tion dorso-sacrée, le bassin étant très relevé, presque vertical, suivant l'exemple de Ricard, est encore l'attitude de choix, du moins pour les fistules qui ne sont pas trop élevées. C'est d'ailleurs celle que M. Wiart a préférée dans le cas dont nous rapportons plus loin l'observation (1).

Après l'opération, nous avons vu que Braquehaye utilise la sonde à demeure. C'est là une question qui a été beaucoup discutée, déjà au sujet du traitement post-opératoire des fistules vésico-vaginales.

Braquehaye s'est servi de la sonde de Sims : elle n'est plus beaucoup employée et l'on peut la remplacer par une simple sonde de Nélaton, de Pezzer ou de Malécot.

Richelot (2) avait rejeté la sonde à demeure et préférait le cathétérisme intermittent. C'est, croyons-nous, affaire d'appréciation du chirurgien ; et, sans aller si loin que Routier, qui se désarme devant l'une et l'autre des deux conditions où peut se trouver la vessie que, « tolérante, on peut laisser se distendre » ou qui « intolérante, le canal ayant en général perdu sa tonicité, laisse passer l'urine à mesure qu'elle arrive dans la vessie » (3), nous pouvons nous baser sur plusieurs observations (4) qui prouvent que le séjour de la sonde dans la vessie n'offre pas d'inconvénients, et nous pensons, au contraire, que les cathétérismes répétés risquent d'exposer notre collerette aux frottements et la vessie à l'infection.

(1) Observation personnelle, p. 69 et suiv.
(2) Richelot, *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, Paris, 1900, XXVI, 907-912.
(3) Routier, *Bull. et mém. Soc. Chir.*, Paris, 1900, XXVI, 909-912.
(4) Voir les observations VI, XIV.

Nous ajouterons cependant que la sonde ne doit pas séjourner trop longtemps dans la vessie ; qu'elle doit y rester seulement les deux ou trois premiers jours pour laisser aux plaies le temps de se réunir quelque peu ; et qu'il faut lui substituer le cathétérisme intermittent, toutes les deux heures, par un aide expérimenté, si elle est mal supportée, si elle provoque des douleurs, ou si l'on voit apparaître des phénomènes de cystite.

Quant à la position à faire prendre à l'opérée dans son lit, nous rappelons que déjà en 1895, Bishop couchait ses malades « sur la face » pendant dix jours (1). Bien que ce décubitus ventral, étudié depuis très complètement par M. Vitrac (2), semble plus rationnel, il faut, avant tout, songer à la possibilité d'une pareille attitude. Nous n'en dirons pas davantage de l'ancien procédé de Broca qui faisait rester ses malades à genoux. Il faut être plus pratique, et le décubitus latéral, très suffisant pour éviter le contact de l'urine et aussi sa pression, sera aussi bien mieux toléré que les autres, même eût-on habitué les malades à garder ces attitudes anormales et pénibles, les jours qui précèdent l'opération.

Enfin, comme après toutes les opérations abdomino-pelviennes faites sur les organes pelviens, le traitement

(1) Bishop, V. observation.

(2) Vitrac (J.), Le décubitus ventral permanent dans le traitement de la fistule vésico-vaginale, *Rev. mens. de Gynéc. Obst. et Pœdiat de Bordeaux*, 1900, II, 8-31, 10 fig.—et Repr. : *Sem. Gyn. de Paris*, 1900, V, 98, 103 ; 106-109, et *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, Paris, 1900, LIV, 288-289 ; Trad. *Clin. ostet. Roma*, 1900, II, 333-341, 1 pl., 10 fig. — et *XIII*e *Congrès internat. de méd., Sect. de Gynéc.*, 1900, Paris, 1901, *Compte rendu*, 98.

général sera approprié : Diète, les premiers jours, lait coupé d'eau de Vichy ; et l'on provoquera, en même temps, par l'administration des opiacés, un certain degré de constipation, qui aura pour avantage d'immobiliser la cloison recto-vaginale et le rectum en empêchant les efforts de défécation.

Enfin, le pansement, dont on vérifiera constamment l'étanchéité jusqu'au jour de l'ablation des fils, sera renouvelé en cas de besoin. Sinon, on peut le laisser en place jusqu'à cette date, et alors, on le remplacera par un second pansement analogue.

CHAPITRE III

AVANTAGES DU PROCÉDÉ A COLLERETTE VAGINALE

Bien souvent, depuis son apparition en France sous le nom de Braquehaye, le procédé à collerette vaginale a été mis en parallèle avec les autres procédés de restauration des fistules vésico-vaginales. Il s'est heurté surtout contre les partisans du procédé du dédoublement, non pas que ceux-là l'aient combattu, mais, fidèles à leur méthode, ils la défendent et ne reconnaissent pas de supériorité à ce nouveau mode de traitement.

Il est vrai que le dédoublement a remporté bien des succès, que son application à des fistules sur lesquelles avaient échoué tous les procédés anciens a réussi à les guérir définitivement. Nous en sommes convaincu, au souvenir des intéressantes communications faites à la Société de Chirurgie, et à la lecture des observations si nombreuses de Martin et de Defossez.

Aussi ne prétendons-nous pas lutter contre pareil rival dans le but de lui substituer notre procédé.

Cependant, nous croyons bien faire en insistant sur les avantages certains qu'on doit lui reconnaître. Il nous semble qu'il est rationnel, que sa pratique en est simple, et que, dans certains cas, on peut lui accorder la préfé-

rence. En conséquence, il a droit à plus de considération et mérite qu'on en parle désormais avec plus de confiance.

D'ailleurs, nous n'avons qu'à nous retrancher tout d'abord derrière l'autorité des maîtres qui l'ont éprouvé et soutenu, ne citerions-nous encore que *M. le professeur Reclus* qui fut un des premiers à l'appliquer depuis la première communication de Braquehaye (il en obtint des résultats si remarquables qu'il proposa ce même procédé pour la restauration des fistules recto-vaginales) (1) ; et *M. Richelot* qui, comme lui, en prit la défense dans plusieurs discussions et a bien voulu lui consacrer plusieurs pages dans un de ses récents ouvrages, où il conclut que « *le procédé de Braquehaye mérite de figurer parmi les meilleurs* » (2).

1° *Il est rationnel.* — Si l'on se rappelle les paroles de Latouche à la Société de Chirurgie : « Faire de larges avi- « vements ; rendre bien mobiles les parties avivées et les « affronter exactement ; se placer dans les meilleures con- « ditions d'asepsie : telles sont les grandes règles qui doi- « vent guider dans toute opération autoplastique », et celle-ci de Routier (3) : « Pour toutes les autoplasties, il « faut de larges surfaces d'avivement, qu'il faut pouvoir « adosser largement et sans tirailler les parties qu'on veut « mettre en contact » ; on a pu se rendre compte que le procédé à collerette répond à toutes ces conditions de premier ordre.

(1) Reclus, *Soc. de Chir. de Paris*, 15 juillet 1903.
(2) Richelot, *loc. cit.*
(3) Routier, *Soc. de Chir.*, 1897.

2° *Il n'y a pas de perte de substance*, parce que, pas d'avivement avec excision : considération importante car, en cas de récidive, la fistule ne serait pas plus large qu'avant l'opération, et la capacité de la vessie n'est pas grandement diminuée, comme il arrive après l'emploi de beaucoup d'autres procédéés : elle reste normale.

3° *La pièce de réparation est saine et bien vivace*, puisqu'elle vient d'une région assez éloignée de l'orifice fistuleux toujours plus ou moins sclérosé. Elle est suffisante, et représente une large surface d'affrontement.

4° *Il y a un double plan de sutures*, dont le premier paraît déjà très solide (Richelot), et d'autant plus résistant que les deux lignes d'affrontement ne se correspondent pas et se suppléeraient l'une l'autre, au cas où un point viendrait à manquer.

Donc pas de danger d'infiltration d'urine.

5° *Les sutures sont séparées du contenu de la vessie* par toute l'épaisseur de la muqueuse vaginale devenue vésicale.

6° *Il n'y a aucune tension* sur les surfaces suturées, la collerette de muqueuse vaginale se trouvant, en effet, largement flottante. Il n'y aurait même pas de tiraillement sur les sutures, au cas où la vessie viendrait à se distendre : au contraire, la pression intra-vésicale, loin de tendre à écarter les lignes de suture pour permettre au liquide de s'écouler dans le vagin, tendrait à rapprocher les tissus et à fermer la ligne de suture (Bishop) (1).

(1) Bishop, *loc. cit.* — Braquehaye, v. p. 36.

Par conséquent, pas de risques de rupture des tissus ou de leur déchirure par les fils, dans le cas de vomissements ou d'efforts ; et indication dans les *fistules de grandes dimensions.*

7° *Il y a le minimum d'hémorrhagie* : la muqueuse vaginale, bien moins vasculaire que celle de la vessie, étant seule incisée, il y a bien moins de sang que dans le temps de l'avivement ordinaire ou même celui de la dissection du dédoublement ; et il suffit d'un léger tamponnement pour s'en débarrasser et voir nettement le champ opératoire.

8° *L'opération est simple*, et si, comme beaucoup des opérations d'autoplastie, elle demande une habileté naturelle et une adresse cultivée dans l'art de la dissection, elle ne présente pas plus de difficultés et ne réclame pas plus de soins que les autres procédés. Bien au contraire, car, en raison de la facilité de trouver le plan de clivage de la cloison vésico-vaginale, par le fait aussi, de la qualité des tissus intéressés, et telle que la décrit Braquehaye surtout, à cause de la forme de son incision qui descend beaucoup plus bas qu'elle ne monte, ce procédé est encore plus facile à pratiquer même quand il s'agit de *fistules haut placées* que l'on peut alors aisément opérer en allant des parties basses vers la profondeur et il peut être considéré, avec Hartmann, comme le procédé de choix dans les cas où la fistule se trouve au fond d'un entonnoir, dont le type est la fistule consécutive à l'hystérectomie vaginale. Dans ces cas, il est évidemment plus simple d'aller de la

partie facilement accessible vers celle difficilement accessible, de la partie antérieure vers le fond du vagin rétracté et cicatriciel (1). Pour toutes ces causes, elle est aussi *moins longue*.

9° L'uretère peut être en contact avec le rebord de la fistule, ou, ce qui arrive souvent, son orifice peut être près d'elle. La décharge de l'uretère ne portera pas droit sur la ligne de suture, comme dans l'ancienne opération, mais dans une gouttière muqueuse qui ne peut en être incommodée (ce qui est vrai surtout dans le cas du refoulement exagéré de la collerette dans la vessie, comme le fait Bishop). Et cet uretère ne peut être comprimé par un point mal placé au milieu de la cicatrice, ou rejeté en dehors : il doit nécessairement être rentré en dedans par le lambeau qu'on a fait, et placé en position sûre (Bishop) (2).

(1) Hartmann, *Soc. de Chir.*, *loc. cit.* (V. p. 67, Obs. XI).

(2) Bishop, *loc. cit.* — Ajoutons que ce procédé a été employé par Fergusson, et proposé par M. Reclus *pour les fistules recto-vaginales.* [(Fergusson, V. p. 46) ; Reclus, Communic. *Soc. Chir. de Paris*, 1903, n° 5, XXIX, 907-911 (V. p. 68)].— M. Braquehaye nous a écrit que, personnellement, il avait appliqué son procédé pour une fistule recto-vaginale située au niveau du col ayant succédé à une injection vaginale d'eau bouillante administrée imprudemment pour une métrorrhagie *post-partum*. Deux tentatives d'oblitération avaient été faites sans succès. La malade s'est trouvée guérie après une intervention.

OBSERVATIONS

Obs. I. — *Fistule vésico-vaginale consécutive à une Hystérectomie abdominale. — Opération. — Guérison.* — (Braquehaye, 1899, loc. cit.)

Mme X..., âgée de 40 ans environ, a subi, en novembre 1898, l'hystérectomie abdominale avec drainage de Mikulicz pour un fibrome utérin compliqué d'un kyste inclus dans le ligament large.

L'opération, faite à Bône par le Dr Léonardi, fut longue et difficile.

Quelques jours après l'intervention, une injection vaginale ayant été donnée à la malade, celle-ci ressentit une brûlure très vive dans la vessie et, quelques jours après, on constatait que l'urine s'écoulait en grande partie par le vagin, grâce à une fistule vésico-vaginale.

A part cette complication, les suites opératoires furent bonnes. La malade, très affaiblie avant l'opération, reprit des forces à vue d'œil. Bientôt elle se levait et reprenait sa santé habituelle, bien qu'elle fût très gênée par sa fistule.

Nous la voyons pour la première fois le 3 juin 1899. Elle nous raconte qu'elle perd ses urines surtout dans le décubitus dorsal. Debout, elle en garde une partie et peut spontanément en émettre quelques gouttes.

Examen de la malade. — La plaie abdominale est bien guérie ; il n'y a pas d'éventration.

Le vagin est en bon état, grâce aux soins de propreté constants que prend la malade. Il n'y a ni ulcération, ni rétrécissement, ni même inflammation sur aucun point.

Au toucher, on sent, sur la paroi antérieure du vagin, un orifice

fibreux admettant la pulpe du pouce et laissant facilement passer l'index. Le grand axe de cet orifice est transversal. Il n'existe pas de trace de col utérin.

Au spéculum, on voit plus nettement encore la fistule bordée à sa partie interne par la muqueuse vésicale éversée dans le vagin, tomenteuse, d'aspect rouge framboisé. Dès qu'on presse sur la paroi antérieure du vagin, il s'écoule de l'urine par l'orifice fistuleux.

Une sonde introduite par l'urèthre ressort très facilement par le vagin.

Le siège de la fistule est assez élevé, à 2 centimètres environ du dôme vaginal.

Opération. — Le *6 juin*, la malade est opérée sous le chloroforme, après les soins antiseptiques ordinaires.

1er *Temps*. — Incision circulaire autour de la fistule passant à 7 millimètres au-dessus et à 12 millimètres au-dessous ; on isole ainsi un îlot de muqueuse vaginale.

2e *Temps*. — Cet îlot est disséqué aux ciseaux courbes, en allant de la périphérie vers la fistule, à laquelle il reste adhérent par un pédicule circulaire.

3e *Temps*. — Les bords de l'îlot disséqués sont relevés l'un vers l'autre et suturés par leur face cruentée, par un surjet au catgut.

4e *Temps*. — Un second plan de suture rapproche les deux bords de la tranche vaginale périphérique résultant de notre incision circulaire du premier temps. La suture est faite au fil d'argent et au crin de Florence.

Dès qu'on serre les fils, qui doivent obtenir un affrontement très exact, la collerette de la muqueuse vaginale, suturée au catgut dans le deuxième temps, est enfoncée sous les sutures. On constate que les deux sutures ne se correspondent pas ; la dernière faite, la plus superficielle, est plus basse que la première.

Les crins de Florence et les fils d'argent ne sont pas coupés, mais réunis en paquet et entourés de gaze stérilisée, sans apprêt, sur laquelle nous avons versé quelques gouttes d'éther iodoformé. Une compresse de gaze préparée de la même façon est placée à la vulve.

Sonde de Sims à demeure avec tube en caoutchouc plongeant

dans un urinal contenant une solution de sublimé à 0,25 centigrammes pour 1.000.

Suites opératoires. — Les suites opératoires furent simples. La température demeura toujours normale et le pansement ne fut jamais souillé d'urine. La sonde à demeure fut parfaitement supportée pendant une semaine (jusqu'au 14 juin). Il est vrai qu'à partir du deuxième jour nous la nettoyions journellement à l'eau bouillie et nous la stérilisions à la flamme d'une lampe à alcool pour éviter l'action irritante des antiseptiques sur la vessie. A noter que, dans la nuit du deuxième au troisième jour, la sonde à demeure tomba et ne fut remise qu'au matin. Les urines furent néanmoins parfaitement gardées, bien que la malade éprouvât la sensation du besoin d'uriner. Le cathétérisme nous permit de retirer plus de deux verres d'urine.

Le 14. — Nous enlevons les points de suture. Le pansement entourant les fils n'a pas changé ; cependant, pas un fil n'a coupé et la suture est solide. A partir de ce jour, la sonde à demeure n'est plus maintenue que la nuit ; dans la journée, nous faisons trois fois le cathétérisme.

Le 18. — Plus de sonde à demeure.

La malade, revue à la fin du mois de juin, a repris ses occupations habituelles. Elle est restée, jusqu'à ce jour, parfaitement guérie (1).

Obs. II. — *Fistule vésico-vaginale, consécutive à un accouchement laborieux, opérée deux fois par avivement sans succès. — Opération.— Guérison.* — (Fergusson, 1891, loc. cit.)

Mistress B..., anglaise, âgée de 29 ans, épouse d'un fermier, vivait

(1) Nous nous sommes adressé à M. Braquehaye pour avoir des renseignements plus récents que ceux publiés par lui jusqu'en 1900. Il a bien voulu nous répondre que, depuis, il n'a pas eu l'occasion d'opérer de nouvelles fistules vésico-vaginales. Il nous a appris que la malade de l'observation ci-dessus est morte, il y a un an et demi, d'un cancer du foie ; mais que *sa fistule était restée parfaitement guérie.*

avec son mari à environ 200 milles de tout secours médical. Une sage-femme squaw fut chargée de l'assister à son premier accouchement. Le travail fut long et lent. Après la perte des eaux de l'amnios, elle eut de violentes douleurs de travail pendant trois jours, quand, après un grand effort, un enfant mort, les membranes et une grande quantité d'urine s'échappèrent avec grand soulagement pour la patiente. Depuis ce moment, toute l'urine coule par le vagin.

Plus tard, elle s'adressa à un chirurgien, qui l'opéra trois fois sans aucune amélioration. On lui dit que le vagin était oblitéré au-dessus de la fistule, et, pour en triompher, un spéculum cylindrique fut introduit, pressant avec force sur la masse cicatricielle durant de longs jours, ce qui causa une ulcération s'étendant jusqu'au rectum.

Ce cas désespéré nous fut envoyé.

L'examen montra un vagin court, enflammé, couvert de concrétions phosphatiques, par où s'échappaient les matières fécales et l'urine. La sensibilité était tellement considérable qu'il fallut plusieurs jours de constante attention avant qu'une exploration digitale pût être faite. Le vagin n'avait pas plus de deux pouces de longueur; l'index pouvait être introduit dans la vessie, pendant que le médius était introduit dans le rectum, et une masse épaisse pouvait être sentie entre les deux doigts, ce qui prouvait l'existence d'une sténose cicatricielle du vagin au-dessus de la fistule, englobant tout le col de l'utérus. On pouvait suivre, à l'aide d'une bougie filiforme, un petit passage tortueux par où s'écoulaient les règles.

La fistule vésico-vaginale était assez large pour admettre l'extrémité de trois doigts. Avec la lumière réfléchie, on pouvait voir les orifices des uretères sur le bord de la fistule.

— Après avoir incisé transversalement le tissu cicatriciel et le col, la cavité utérine fut curettée et bourrée avec de la gaze.

Les deux fistules furent alors avivées et suturées au crin de Florence, d'après la méthode de Sims.

Une légère amélioration s'ensuivit, mais l'opération fut en somme un insuccès.

— Huit semaines plus tard, une seconde tentative semblable fut essayée sans plus de résultat.

— Trois mois après, le 8 octobre 1891, je pratiquai mon opération à lambeaux, et fermai les deux fistules en une seule séance. Ce fut avec succès, et la malade quitta l'hopital trois ou quatre semaines après, se déclarant guérie.

Elle retourna chez son mari et, au bout d'un mois, environ, m'écrivit que sa vessie coulait de nouveau, presque autant qu'auparavant. Elle revint sur ma demande.

— Je trouvai la fistule vésico-vaginale incroyablement large. Mes soupçons s'éveillèrent quant à la cause d'une si grande ouverture... mais, je ne dis rien. Elle fut de nouveau réparée de la même manière, et, cette fois, sans anesthésie. Elle guérit par première intention, et, au bout de quatre semaines, elle retourna chez elle.

Aussitôt après, j'appris, indirectement, qu'elle ne pouvait garder ses urines. Je lui écrivis de venir me voir la première fois qu'elle reviendrait à la ville.

— Trois ou quatre mois après, elle me fit appeler. Je l'examinai et trouvai la fistule vésico-vaginale aussi large qu'avant la dernière opération. Elle m'avoua alors que la rupture de la vessie s'était produite à l'occasion d'un coït, pour chacune qui avait succédé aux opérations. Mais elle ne voulut pas qu'on la lui refermât une troisième fois parce que son mari voulait l'abandonner, à moins qu'elle ne le satisfasse, qu'elle-même était aussi érotique qu'il était amoureux, et que, telle qu'elle était, ils se trouvaient tous deux heureux et satisfaits, n'étaient l'odeur de l'urine et l'inconvénient de mouiller constamment ses vêtements.

Obs. III. — *Fistule vésico-vaginale après accouchement et rétention d'urine, déjà opérée quatre fois. — Opération. — Guérison.* — (Fergusson, 1903, loc. cit.)

Mistress H. L..., 35 ans, avait eu un avortement en 1885, devient enceinte en 1891, et après un travail lent et instrumental, fut délivrée le 8 mai 1892. Il ne s'écoula pas d'urine, durant les trois jours qui suivirent la naissance de l'enfant.

Sa vessie devint fortement distendue, ce qui lui causa une grande douleur dont elle ne fut soulagée que par l'éclatement vésical et l'échappement de l'urine par le vagin. Son assistant était un homéopathe.

Quatre semaines après, elle vint à Saint-Paul où elle subit quatre opérations infructeuses. J'attribue leur insuccès à la méthode opératoire.

Le 8 mars 1893, j'opérai la fistule, qui avait un pouce de diamètre, par mon procédé. J'eus un succès absolu, et la malade quitta l'hôpital 21 jours après.

Obs. IV. — *Fistule vésico-vaginale après accouchement. — Opération. — Guérison.* — (Fergusson, 1893, loc. cit.)

Mistress M..., 48 ans, mère de six enfants, a remarqué une perte d'urine à l'occasion de la naissance de son premier, qui fut très ennuyeuse.

Sans grosses difficultés, je découvris une petite fistule oblique, au travers de laquelle je pus passer une petite sonde.

La fistule fut opérée par ma méthode le 10 août 1893, au domicile de la malade, sous l'anesthésie cocaïnique.

Elle resta au lit deux semaines, et guérit parfaitement.

Obs. V. — *Fistule vésico-uréthro-vaginale post-partum. — Opération*, par le Dr Todd, de Winnipeg. — *Guérison.* — (Fergusson, 1894, loc. cit.)

Le Dr Todd, de Winnipeg, m'envoie l'observation d'un cas de fistule vésico-uréthro-vaginale, qu'il a opérée par ma méthode.

Mistress M..., multipare ; son dernier accouchement fut instrumental et se termina par une rupture du col et du périnée, et une fistule urinaire, englobant la base, le col de la vessie et toute la longueur de l'urèthre.

Le Dr Todd l'opéra le 27 *juillet* 1894, assisté par les Drs Mac Diar-

mid et Hutton. De la soie fine fut employée pour coapter les lambeaux retournés, et du crin pour les sutures du vagin. Réunion primaire complète.

16 *août.* — Le col et le périnée sont réparés par la méthode de Tait avec des sutures au catgut et à la Fergusson.

10 *septembre.* — La malade quitta l'hôpital.

En *décembre*, la malade écrivait qu'elle allait très bien, et qu'elle n'avait pas la moindre difficulté pour retenir ses urines.

Obs. VI. — *Fistule vésico-vaginale post-partum. — Opération. — Guérison.* — (Bishop, 1894, loc. cit.)

Une femme, de condition moyenne, âgée de 31 ans, est reçue à l'hôpital le 22 septembre 1896. Elle a eu deux enfants : pour le premier, qui a aujourd'hui 10 ans, le travail fut facile et sans complications ; le second était un enfant mort à six mois : le travail fut lent et dut être terminé instrumentalement.

La malade n'eut aucun trouble urinaire immédiatement après sa délivrance ; mais, quinze jours après, environ, elle remarqua que l'urine sortait de son vagin, ce qui est allé en augmentant. En face le col, et environ à un demi-pouce du cul-de-sac vaginal, se trouvait une ouverture qui admettait à peine deux doigts ; elle était lisse, ses bords amincis ; le vagin, légèrement excorié, mais sans sédiments. L'urine était acide, de densité 1015, avec une très légère trace d'albumine.

Après des injections vaginales..., etc... le vagin alla vers la guérison.

6 *octobre.* — L'opération fut faite avec une seule suture en bourse : la plaie vaginale fut réunie par des points de suture de crins séparés. La malade fut placée sur le ventre. Une sonde fut introduite et laissée à demeure. Le vagin fut irrigué journellement avec une solution boriquée. Il n'y eut pas de suite après l'opération.

17. — Les sutures vaginales furent enlevées, et la plaie parut guérie. La malade pouvait uriner seule.

29. — Elle eut son exeat, après qu'elle put aisément garder son urine pendant six heures.

Obs. VII. — *Fistule vésico-vaginale post-partum. — Opération. — Guérison.* — (Bishop, 1896, loc. cit.).

La malade était une femme grande, d'aspect masculin, âgée de 28 ans, avec un bassin aplati. Elle avait eu un accouchement, ayant duré deux jours et s'étant terminé par une crâniotomie ; cela était arrivé un an auparavant et l'avait tenue au lit cinq semaines. Elle avait remarqué un écoulement avant de se lever.

Le 3 novembre 1896.— L'orifice admettait facilement deux doigts ; le vagin était sensible, quelque peu ulcéré, et recouvert de petites plaques. L'urine était légèrement alcaline, et de densité 1016.

Le 20, à l'aide d'une nourriture soignée et par l'usage du salol combiné au traitement local, le vagin fut guéri. L'urine devint acide, et l'opération fut faite avec deux sutures en bourse. Une greffe fut prise sur la cuisse, au-dessous du trochanter ; le vagin fut bourré avec de la gaze iodoformée, et la malade fut sondée toutes les deux heures. Il n'y eut pas d'écoulement.

Le 23, la gaze fut enlevée et le vagin rebourré.

Le 26, pas d'écoulement. On enlève la gaze. Presque toute la greffe est prise, sauf sur un côté ; sa portion mortifiée fut réséquée, laissant à nu une surface mesurant un pouce, en voie de cicatrisation. Des injections furent données tous les jours avec une solution boriquée suivie d'insufflation de dermatol.

Le 30, pas d'écoulement. La malade a uriné seule. On ne lui permet pas de garder l'urine plus de quatre heures. Elle est placée dans le décubitus dorsal. La paroi vaginale guérit rapidement.

Le 10 décembre. — On permit à la malade d'aller chez elle. Elle n'avait pas d'écoulement et pouvait garder ses urines pendant six heures. Le vagin était parfaitement guéri et souple. La partie greffée resta plus mince et plus lisse que le reste, mais elle n'était pas saillante.

Obs. VIII. — *Fistule vésico-vaginale post-partum, récidivée. — Opération. — Guérison.* — (Bishop, 1897, loc. cit.)

Une femme de moyenne condition, âgée de 40 ans et mariée à 35 ans, avait eu un enfant de sept mois, avant de me consulter. Le travail fut lent, mais ne nécessita aucune intervention. On remarqua un écoulement le cinquième jour. La convalescence fut lente, mais sans fièvre.

La malade fut opérée par un autre chirurgien, mais l'écoulement se reproduisit. La malade n'est pas sûre de la date de la récidive, mais elle croit que ce fut durant la première semaine.

2 *janvier* 1897. — Elle avait un orifice du diamètre d'une demi-couronne, sur la paroi antérieure, près de son centre ; les lèvres en étaient sclérosées. La malade était très propre ; le vagin était seulement sensible. L'urine était acide, de densité 1020, sans albumine ni sucre.

Le 5, l'opération fut faite avec deux sutures en bourse ; la plaie vaginale fut réunie avec des crins, après avoir fait deux incisions latérales pour éviter la tension. La malade fut placée dans le décubitus ventral. Des injections journalières lui furent données après les quatre premiers jours, durant lesquels le vagin avait été légèrement bourré avec de la gaze iodoformée. La sonde fut employée toutes les deux heures, durant les premiers jours, après lesquels elle urina naturellement, sans qu'il lui soit permis d'attendre plus de trois heures à la fois.

Le 20, le vagin était guéri (la suture avait été enlevée le 13, et la malade n'avait jamais eu d'écoulement depuis l'opération).

Obs. IX. — *Fistule vésico-vaginale après hystérectomie abdominale totale. — Opération.— Guérison.*

(M. Richelot, *Soc. de Chir.*, séance du 20 novembre 1901. *Bull. et Mém. Soc. de chir. de Paris*, 1901, p. 1047-1048.)

Une femme de 40 ans avait été opérée pour un fibrome utérin,

par un de nos très distingués et estimés collègues. Malheureusement, au cours de l'hystérectomie abdominale totale, il y eut un accroc dans la vessie et une fistule en fut la conséquence. Le chirurgien tenta la réparation de la fistule le 19 novembre 1900 ; il opéra par dédoublement ; mais le jour de l'ablation des fils, il eut le chagrin de constater le sphacèle des lambeaux et l'échec de la réunion. C'est alors qu'il vint me trouver, et me pria d'intervenir.

La malade était vierge, le vagin, très étroit, s'était rétracté encore après le sphacèle des lambeaux et la cicatrisation de la perte de substance ; il se terminait en infundibulum autour de la fistule. Celle-ci, placée tout au fond n'était pas très large, elle admettait une sonde de femme ; mais elle était fixée et difficile à atteindre.

Quel parti devais-je prendre ? Je ne voulus pas refaire le dédoublement qui avait échoué. Aussi bien, je ne sais comment j'aurais pu m'y prendre : l'étroitesse extrême du vagin, surtout en haut, la minceur des cloisons vésico et recto-veginales entamées par le sphacèle, la friabilité du tissu de cicatrice au bord de la fistule, rendaient la manœuvre impossible. Il est vrai que je me donnai du jour avec le débridement vulvaire, — seul et unique débridement vulvaire que j'aie jamais fait, et il fallait que je fusse bien à l'étroit pour m'y décider, — et je veux bien, qu'à la faveur de cet expédient la dissection de la muqueuse de haut en bas fût devenue pratiquable. Mais combien de temps et de peine m'eût-elle demandé, et quelle certitude pouvais-je avoir de faire une opération meilleure que la première ? Au contraire, pour tailler la collerette de Braquehaye, je faisais commodément — avec une commodité relative — une incision circulaire en pleine muqueuse, à quelque distance au-dessous de la fistule et sans chercher à l'atteindre. Je disséquais de bas en haut, et ce dédoublement, inverse de celui qu'on recommande, se poursuivait à petits coups, sans grand embarras, sans danger pour le rectum ou la vessie.

Telle fut l'opération que je pratiquai le 2 novembre :

La collerette bien disséquée, il fut assez malaisé, toujours à cause de l'étroitesse et de la profondeur, de retourner ses bords et de suturer sa face cruentée avec de fins catguts, en l'adossant à elle-même ;

j'y parvins avec de la patience. Puis, vint la réunion de la surface vaginale avivée par la dissection de la collerette ; ici, j'employai deux plans de sutures : des catguts fins en pleine surface vive, et des crins de Florence sur les bords de la plaie vaginale. Des écarteurs de Farabeuf faisaient office de valves étroites : la fermeture du débridement vagino-vulvaire et le placement de petits tampons iodoformés terminèrent l'opération.

Comme je le fais toujours, je prescrivis le décubitus latéral et le cathétérisme intermittent. La malade fut sondée d'abord toutes les deux heures, puis un peu moins souvent ; elle fut couchée sur le côté, à droite et à gauche alternativement, avec défense de rester sur le dos.

Ma malade fut débarrassée de ses crins de Florence le 15 novembre ; et le 18, une injection exploratrice dans la vessie prouva que la réunion était parfaite.

Obs. X. — *Fistule vésico-vaginale après hystérectomie vaginale. — Opération. — Guérison.*

(Communication de M. le professeur Reclus, *Société de Chirurgie*, 1903, séance du 15 juillet.)

Dans un cas d'hystérectomie vaginale, où la vessie avait été ouverte et où la vulve était rétrécie par le tissu cicatriciel, je suis arrivé facilement sur la fistule que j'ai opérée par le très excellent procédé de Braquehaye.

Le résultat a été remarquable, et la guérison obtenue.

Obs. XI, XII, XIII. — *Fistules vésico-vaginales, situées au fond du vagin, se terminant par un entonnoir cicatriciel.— Opérations par M. Hartmann.— Guérisons.*

(Communication de MM. Hartmann, Reclus et Richelot, *Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie de Paris*, 1903, N. S., XXIX, 907, 911.)

M. Hartmann. — J'ai eu l'occasion de suivre *dans trois cas* une ligne de conduite absolument identique (à celle suivie déjà par

M. Reclus dans un cas de fistule consécutive à une hystérectomie vaginale : débridement vulvaire et suture de la fistule par le procédé de Braquehaye). Par un débridement oblique vulvo-vaginal, portant au niveau de la vulve un peu latéralement par rapport à la ligne médiane, et se dirigeant vers la fosse ischio-rectale, j'ai pu aborder facilement des fistules difficilement accessibles par les voies naturelles.

Pratiquant alors le dédoublement suivant la méthode de Braquehaye, qui consiste, comme vous le savez, à encercler la fistule par une *incision à distance*, et à effectuer le *dédoublement de la périphérie vers le centre,* j'ai pu facilement retrousser vers la fistule, le lambeau résultant du dédoublement. Je l'ai suturé avec du catgut, puis j'ai réuni par un deuxième plan de fils, non résorbables cette fois, les surfaces cruentées résultant du dédoublement.

Différente du dédoublement le plus souvent pratiqué, celui qu'a, en particulier, préconisé notre collègue M. Ricard, et qui consiste à tracer, au niveau même de la fistule une *incision amorce du dédoublement qu'on fait alors du centre vers la périphérie*, cette manière de procéder de la périphérie au centre m'a paru spécialement avantageuse dans les cas identiques à celui dont nous a parlé M. Reclus, dans les fistules consécutives à l'hystérectomie vaginale.

Elle m'a donné *un plein succès* chez une malade opérée par un de nos collègues, malade dont la fistule avait été l'objet de plusieurs tentatives opératoires non suivies de succès. *Le vagin rétréci se terminait par un entonnoir cicatriciel.* Il eût été très difficile, pour ne pas dire impossible, de faire le dédoublement en partant du bord même de la fistule qui occupait exactement son fond. Il a été très facile de faire sur le vagin, à une certaine distance de la fistule, une incision circulaire, et de dédoubler les parois vaginales, en avançant vers la profondeur.

Grâce au débridement vulvo-vaginal, j'ai placé très facilement mes sutures et obtenu *du premier coup un succès complet.* Il en a été de même de *deux autres cas de fistules difficilement accessibles* et *siégeant au fond d'un entonnoir cicatriciel* résultant de tentatives opératoires antérieures.

Je ne puis donc qu'apporter ces faits à l'appui de l'opinion émise par M. Reclus dans une de nos dernières séances.

M. Reclus. — Je ne m'attribue pas, bien entendu, l'idée du débridement vulvaire qui était inventé et préconisé depuis bien longtemps et en particulier par M. Chaput. Quant au procédé de Braquehaye, dont je vous ai rapporté en juin un si beau succès, je me propose de l'employer chez une malade qui porte une fistule recto-vaginale particulièrement grave.

M. Richelot. — .... Quant au procédé de Braquehaye j'en suis si partisan que je crois qu'il serait presque ignoré sans les communications que j'ai faites ici à son sujet.

Obs. XIV (*Personnelle*). — *Fistule vésico-vaginale large, après hystérectomie vaginale. — Opérée par M. Wiart à l'Hôpital Saint-Antoine, service de M. Blum, 1904.*

Victorine G..., 32 ans, a été opérée, le 8 juin 1904, d'un cancer de l'utérus, par hystérectomie vaginale. Dès la fin de l'opération, on s'aperçut de l'existence d'une plaie de la vessie.

La guérision opératoire s'étant effectuée sans incident, la malade est restée avec une large fistule vésico-vaginale, par où s'écoulait la totalité des urines.

Au mois d'août, M. Thiéry, qui remplaçait alors M. Blum, chef du service, autorise M. Wiart à s'occuper de cette malade.

M. Wiart l'examine, et voici ce que révèle son examen :

Au fond d'un vagin large et souple, sans brides, et sans autre cicatrice que celle résultant de l'ablation totale de l'utérus, en avant de cette même cicatrice, un orifice elliptique, à grand axe transversal, long d'au moins trois centimètres ; à petit axe vertical, dépassant un centimètre.

La muqueuse vésicale rouge et enflammée fait hernie au travers de la fistule, dont les bords paraissent minces et non indurés.

Le toucher permet très facilement l'introduction de l'index, qui joue très librement dans l'orifice ; avec un peu de violence, on y ferait pénétrer deux doigts.

En somme, solution de continuité très large et qui, il faut le croire, semblait très difficile à réparer, puisque la malade s'était heurtée aux refus d'intervention de plusieurs chefs de service.

Emu par les supplications de la malade, pour laquelle la vie dans de semblables conditions était extrêmement pénible, et, convaincu, après la lecture des publications de Braquehaye, que l'on pouvait espérer une guérison complète et rapide en appliquant son procédé, M. Wiart se décide à cette intervention, qui fut assez délicate mais s'effectua sans incidents :

— 20 *août*. — La malade étant chloroformée, il l'opère en suivant point par point le procédé de Braquehaye :

Incision sur la muqueuse vaginale, à peu près parallèle aux contours de l'orifice, dont elle est éloignée d'un centimètre, en avant, et de quinze millimètres, en arrière ; au niveau des extrémités, elle s'en tient à un centimètre environ.

Le décollement est assez facile en avant et en arrière ; il est un peu plus difficile à parfaire sur les côtés.

Lorsque la muqueuse, décollée, est partout assez flottante pour recouvrir complètement la perte de substance et être suturée sans traction, on fait, au catgut, un fin surjet dont les points ne perforent pas la muqueuse vésicale ; puis, comme la chose paraît possible sans tiraillement, les deux fils extrêmes du surjet sont noués l'un à l'autre, recroquevillant pour ainsi dire le lambeau, et le transformant en bouchon qui obture hermétiquement la fistule.

Par dessus, la plaie vaginale est réunie, dans le sens antéro-postérieur, par une dizaine de points faits au crin solide, et passés de telle sorte qu'ils enserrent tous les tissus et empêchent toute formation d'un espace mou.

On introduit dans le vagin une mèche de gaze stérilisée ; une autre entoure les extrémités des fils laissées très longues et réunies en faisceau.

On met une sonde de Pezzer à demeure.

Lorsque l'opérée est replacée dans son lit, on ajuste au bout de la sonde un tube de caoutchouc assez long, qui plonge dans un urinal.

La malade est autorisée et même invitée à se coucher sur le côté.

On s'assure que l'écoulement de l'urine se fait bien constamment, et une recommandation expresse sur ce point est adressée à la surveillante.

Au bout d'une heure, les urines ne sont déjà plus teintées de sang, et elles ne le seront plus désormais.

— 31 *août*. — La sonde est changée. La malade va très bien. Aucun écoulement n'a souillé les compresses vaginales qui sont parfaitement sèches.

— 2 et 4 *septembre*. — La sonde est changée.

— 7 *septembre*. — On enlève les fils vaginaux : la partie inférieure de la plaie vaginale n'est pas complètement réunie, mais la vessie est absolument étanche. Pour plus de sûreté, la sonde à demeure est laissée jusqu'au 10.

— 10 *septembre*. — La petite plaie vaginale a diminué : elle est large comme une pièce de 50 centimes. La vessie est restée étanche, comme le montrent plusieurs injections vésicales.

La malade est sondée toutes les deux heures.

— 13 *septembre*. — Tout va bien. On laisse la malade uriner seule. On ne la sonde plus.

La guérison est complète.

Vu :

Le Doyen,
DEBOVE.

Vu :

Le Président de la thèse,
RECLUS.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

CONCLUSIONS

I. — Le Procédé, dit de Braquehaye, devrait, en toute justice, être appelé Procédé de Fergusson-Bishop-Braquehaye. Nous proposons le nom plus simple et plus expressif de « *Procédé à Collerette Vaginale* ».

II. — Le principe de l'opération est le même pour les trois auteurs. La technique de Braquehaye nous paraît la plus simple et la plus avantageuse.

III. — Les précautions pré et post-opératoires sont les mêmes que pour les autres procédés.

IV. — Les avantages incontestables de ce procédé sont :

1° Pas de perte de substance ;
2° Un lambeau vivace ;
3° Une large surface d'affrontement ;
4° Pas de tension ;
5° Hémorrhagie minime ;
6° Simplicité ;
7° Rapidité ;
8° Sécurité des uretères.

V. — Outre qu'il est applicable à toutes les variétés de fistules justiciables des autres procédés, il permet d'en aborder certaines pour lesquelles toute autre méthode eût été, dès l'abord, impraticable.

Imp. J. Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne).